

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z  
PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....  
(imię i nazwisko lekarza )

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA WIZYT W DANYM DNIU
		Razem	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:  - tak /  - nie \*)

\*) – zaznaczyć odpowiednie

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej