

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z  
PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ  
w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00**

**miesiąc..... rok.....**

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*:	DO GODZINY*:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
<b>Razem</b>			

\*wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

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

\*\*)- WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

.....  
pieczęć i podpis lekarza

.....  
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej