

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEUROLOGII W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM, UDAROWYM Z  
PODODDZIAŁEM REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ**  
w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7,30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i  
święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego

miesiąc..... rok.....

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

| <b>DZIEŃ</b> | <b>OD GODZINY*:</b> | <b>DO GODZINY*:</b> | <b>SUMA GODZIN<br/>W DANYM DNIU*</b> |
|--------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------|
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
|              |                     |                     |                                      |
| <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