

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
OBEJMUJĄCYCH KONSULTACJE W ZAKRESIE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ  
miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

| Data udzielania świadczeń | OD GODZINY* | DO GODZINY* | Ilość godzin udzielania świadczeń* |
|---------------------------|-------------|-------------|------------------------------------|
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
|                           |             |             |                                    |
| SUMA GODZIN:              |             |             |                                    |

\* UWZGLĘDNIA FAKTYCZNE GODZINY

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

\*\*) – zaznaczyć odpowiednie

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

.....  
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej