

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PSYCHIATRII W KLINICZNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM I IZBIE
PRZYJĘĆ PSYCHIATRYCZNEJ
w godzinach pomiędzy 15:30 a 8:00 oraz pomiędzy 8:00 a 08:00**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny.

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

****)** – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej