

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	GODZINY OD – DO	IŁOŚĆ WYKONANYCH PUNKTÓW W DANYM DNIU
	SUMA PUNKTÓW:	

PACJENCI PRZYJĘCI W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ -
.....

DATA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	GODZINY OD – DO	IŁOŚĆ PRZYJĘTYCH PACJENTÓW W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO NFZ
	SUMA WIZYT PACJENTÓW:	

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Przychodni
Specjalistycznej