

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE GERIATRII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
W ODDZIALE GERIATRYCZNO - INTERNISTYCZNYM
w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 oraz pomiędzy 8.00 a 8.00**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA GODZIN W DANYM DNIU
		Razem	

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

***) – WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ**

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej