Załącznik nr 4 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii w Oddziałach Szpitala

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE **PROKTOLOGII** W ODDZIAŁACH SZPITALA

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DATA;	**NR KSIĘGI GŁÓWNEJ PACJENTA:**	**RODZAJ WYKONANEGO ZABIEGU*)**	**GRUPA JGP:**

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

****) – należy wpisać odpowiedni zabieg w grupie JGP***
*****) – zaznaczyć odpowiednie***

Signed by / Podpisano przez:
Robert Mazur
Date / Data: 2025-09-16 10:47

Signed by / Podpisano przez:
Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-09-16 08:01

…….
Podpis i pieczęć lekarza

……
Podpis i pieczęć osoby zatwierdzającej

……
Podpis i pieczęć pracownika Sekcji Rozliczeń Usług Medycznych