

SPRAWOZDANIE

UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE NEUROLOGII

W PORADNI NEUROLOGICZNEJ W TRYBIE AMBULATORYJNYM

DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH TERAPEUTYCZNYM PROGRAMEM LEKOWYM „LECZENIE CHORYCH NA
STWARDNIENIE ROZSIANE”,

W ROK

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data	godziny udzielania świadczeń od ... do...	Ilość godzin w danym dniu	Ilość pacjentów w danym dniu

Dokumentacja medyczna została uzupełniona: TAK/ NIE *

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis lekarza.....
data i podpis osoby zatwierdzającej.....
| data i podpis ~~p.o.~~ Kierownika Przychodni Specjalistycznej