

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII - OCENA I OPIS BADAŃ EEG

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ:	OD GODZINY:	DO GODZINY:	SUMA BADAŃ W DANYM DNIU:	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA – KLINICZNY ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY/UDAROWY, PORADNIA, PODODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
Razem:				

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej