

MIESIĘCZNE **SPRWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy 15.30 a 18.00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA PUNKTÓW
		Razem	

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej