

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA BADAŃ W DANYM DNIU*
Razem			

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

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

**) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej