

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

w godzinach pomiędzy 15:00 a 16:00

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	Godziny od – do	Ilość wykonanych <u>punktów</u> w danym dniu
	Razem godzin:	Suma punktów:

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

*) – właściwe zaznaczyć

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej