

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W KLINICZNYM ODDZIALE NEUROLOGICZNYM,
KLINICZNYM ODDZIALE UDAROWYM, PODODDZIALE REHABILITACJI
NEUROLOGICZNEJ

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA WIZYT W DANYM DNIU
		Razem	

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

*) – zaznaczyć odpowiednio

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej