

**MIESIĘCZNY SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KLINICZNYM ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU
KARDIOLOGICZNEGO
- DYŻUR MEDYCZNY**

miesiąc..... rok.....

(imię i nazwisko lekarza)

[illegible]

^{*)} wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

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

****)** – zaznaczyć odpowiednie

pieczęć i podpis lekarza
zatwierdzającej

pieczęć i podpis osoby