

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADNI**

przez

w miesiącu 202.....r.

Lp.	Data i godzina wykonania świadczenia	Nazwa świadczenia/Kod świadczenia	Nazwa programu lekowego/JGP ¹	PESEL pacjenta	Liczba pkt
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
RAZEM:					

.....
(podpis i pieczęć lekarza
udzielającego
świadczeń zdrowotnych)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych przez Lekarza
Kierującego Oddziałem
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

.....
Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych
punktów przez pracownika Działu
Świadczeń Medycznych
(podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

¹ Jeżeli dotyczy