

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.**  
**w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**  
**przez lek. ....**

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	Ilość godzin pełnienia dyż GLDSzp.	Ilość wypisów	Ilość badań osób zatrzymanych
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

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

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