

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

**przez .....**

w miesiącu ..... 202.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
<b>Świadczenia pierwszorazowe</b>		
<b>Poradnia</b>		
<b>Zakres skojarzony</b>		

<b>Diagnostyka onkologiczna</b>	<b>Liczba porad</b>

.....  
(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)