

**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.		
Świadczenia pierwszorazowe		
Poradnia		

Diagnostyka onkologiczna	Liczba porad

.....
(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)