

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE
ROZLICZENIOWYM
W PORADNI
przez**

w miesiącu 202.....r.

Liczba punktów zrealizowanych w miesięcznym okresie rozliczeniowym zgodnie z § 9 ust. 5 Umowy	
Poradnia¹	
Zakres skojarzony¹	
Świadczenia pierwszorazowe¹	
Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego bad. cytologicznego¹	
Lekarska opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności¹	
Liczba punktów zrealizowanych ponad limit przewidziany w § 9 ust. 5 Umowy	
Poradnia¹	
Zakres skojarzony¹	
Świadczenia pierwszorazowe¹	
Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego bad. cytologicznego¹	
Lekarska opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności¹	
Diagnostyka onkologiczna¹	Liczba porad
Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży¹	Liczba biopsji

.....
(podpis i pieczęć
Przyjmującego Zamówienie)

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

¹ Jeżeli dotyczy