

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

przez

w miesiącu 202.....r.

Poradnia¹	
Świadczenia pierwszorazowe¹	
Zakres skojarzonyⁱ	
Diagnostyka onkologiczna¹	Liczba porad/biopsji
Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG¹/biopsja stercza przezodbytnicza¹	

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

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

ⁱ Jeżeli dotyczy