

**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.		

Liczba punktów zrealizowanych w miesięcznym okresie rozliczeniowym zgodnie z § 9 ust. 5 Umowy

**Świadczenia pierwszorazowe<sup>1</sup>**

**Poradnia<sup>1</sup>**

**Zakres skojarzony<sup>1</sup>**

**Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego bad. cytologicznego<sup>1</sup>**

**Lekarska opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>1</sup>**

Liczba punktów zrealizowanych ponad limit przewidziany w § 9 ust. 5 Umowy

**Świadczenia pierwszorazowe<sup>1</sup>**

**Poradnia<sup>1</sup>**

**Zakres skojarzony<sup>1</sup>**

**Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego bad. cytologicznego<sup>1</sup>**

**Lekarska opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>1</sup>**

<b>Diagnostyka onkologiczna<sup>1</sup></b>	Liczba porad
<b>Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży<sup>1</sup></b>	Liczba biopsji

.....  
(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)

<sup>1</sup> Jeżeli dotyczy