

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
 wykonanych w miesiącu 20..... r.
 w Oddziale
 przez lek.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia		Data i godzina zakończenia	
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych	Nadzór	Udzielanie świadczeń zdrowotnych	Nadzór
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

.....
 (podpis i pieczęć lekarza
 udzielającego
 świadczeń zdrowotnych)

.....
 Potwierdzenie wykonania
 świadczeń zdrowotnych
 (podpis i pieczęć)