

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

| Lp. | Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych | Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych |
|-----|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1.  |                                                             |                                                             |
| 2.  |                                                             |                                                             |
| 3.  |                                                             |                                                             |
| 4.  |                                                             |                                                             |
| 5.  |                                                             |                                                             |
| 6.  |                                                             |                                                             |
| 7.  |                                                             |                                                             |

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

.....  
 Potwierdzenie wykonania  
 świadczeń zdrowotnych  
 (podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)