

**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.		
Świadczenia pierwszorazowe¹		
Poradnia¹		
Zakres skojarzony¹		
Ze wskazań nagłych¹		

Diagnostyka onkologiczna ¹	Liczba porad/biopsji
	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG¹/biopsja stercza przezodbytnicza¹

(podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych)

Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych przez Lekarza Kierującego Oddziałem (podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)

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

¹ Jeżeli dotyczy