

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE ROZLICZENIOWYM
W PORADNI GINEKOLOGICZNEJ**

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.			
		Realizacja punkty	Realizacja wartość (zł)
	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC)		
	Poradnia		
	Zakres skojarzony		
	Diagnostyka onkologiczna/KOC	Liczba porad	

.....
(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)