

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

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	Ilość godzin pełnienia dyż GLDSzp.	Ilość wypisów	Ilość badań osób zatrzymanych
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

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

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