

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

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Liczba zrealizowanych punktów
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		Łączna liczba punktów:	

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

.....  
 Potwierdzenie wykonania  
 świadczeń zdrowotnych i zrealizowanych punktów  
 (podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej)