

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
wykonanych w miesiącu 20..... r.
w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Patologii Ciąży
przez lek.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	PESEL pacjenta*
	Data i godzina przyjęcia pacjenta do SOR	Data i godzina wypisu pacjenta z SOR	
1.			/
	1)		
	2)		
	3)		
2.			/
	1)		
	2)		
	3)		
3.			/
	1)		
	2)		
	3)		
4.			/
	1)		
	2)		
	3)		
5.			/
	1)		
	2)		
	3)		
6.			/
	1)		
	2)		
	3)		
7.			/
	1)		
	2)		
	3)		

* Dotyczy ilości wykonanych wypisów w ramach SOR

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

.....
*Potwierdzenie wykonania
świadczeń zdrowotnych
(podpis i pieczęć Ordynatora Oddziału)*