

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

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia		Data i godzina zakończenia	
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych	Nadzór	Udzielanie świadczeń zdrowotnych	Nadzór
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

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

.....  
 Potwierdzenie wykonania  
 świadczeń zdrowotnych  
 (podpis i pieczęć)