

**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)