

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIESIĘCZNYM OKRESIE  
ROZLICZENIOWYM**

**W PORADNI .....**

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Świadczenia pierwszorazowe	Poradnia	Diagnostyka onkologiczna - poza pakietem	Świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18 r. ż.	Diagnostyka onkologiczna	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
Łącznie:							

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

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

**przez** .....  
w miesiącu ..... 202.....r.