

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

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Suma godzin	Ilość badań osób zatrzymanych
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

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

.....
 Potwierdzenie wykonania
 świadczeń zdrowotnych
 (podpis i pieczęć Lekarza Kierującego Oddziałem)