

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH PORAD/PUNKTÓW W MIESIĘCZNYM OKRESIE  
ROZLICZENIOWYM  
W PORADNI GINEKOLOGICZNEJ**

przez lek. med. ....  
w miesiącu ..... 20.....r.

Lp.	Data i godzina rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Data i godzina zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych	Liczba zrealizowanych porad/punktów
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
		Łączna liczba porad:	

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

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