

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

**W PORADNI .....**  
**przez .....**  
**w miesiącu ..... 202.....r.**

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
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)