

**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 godzin pełnienia dyż GLDSzp.	Ilość wypisów	ilość badań osób zatrzymanych		ilość badań osób doprowadzonych w celu pobrania krwi	
						8.00 - 18.00	18.00 - 8.00	8.00 - 18.00	18.00 - 8.00
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)