

**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
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)*