

**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 Pierwszoraz.	Poradnia/Lek. opieka ambul.	Diagnostyka onkologiczna -poza pakietem	Świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18 r. ż.	Świadczenia zabiegowe - zakres skojarzon	Pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego	Świadczenia w zakresie okulistyki ze wskazań nagłych	Lek. opieka ambul. -os. o znacz. st. niepełnos.	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)