

Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych

przez lek.

Lp.	Data udzielania świadczeń w godz. normalnej ordynacji lekarskiej/poza godz. normalnej ordynacji lekarskiej		Wykaz wykonanych zabiegów			
			PESEL pacjenta	Kod wykonanego zabiegu wg ICD 9	Imię i nazwisko lekarza zlecającego	Potwierdzenie wykonania zabiegu
	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia				
1.						
2.						
3.						
4.						

.....
(podpis lekarza realizującego umowę)

.....
podpis Ordynatora/Lekarza Kierującego Oddziałem/
Kierownika Zakładu Radiologii