

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH PROCEDUR
DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc rok

Data realizacji	Inicjały pacjenta	7 pierwszych cyfr PESEL-u	PROCEDURA			Czas zabiegu	
			Grupa JGP	kod lub nazwa procedury zgodnie z JGP	Liczba punktów	Godzina rozpoczęcia procedury	Godzina zakończenia procedury

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
(pieczęć i podpis Lek. Kierującego Oddz. Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałami lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

.....
data, czytelny podpis lub pieczęć i podpis Dział Świadczeń Medycznych i Projektów