

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE OPISÓW PREPARATÓW HISTOPATOLOGICZNYCH W ZAKŁADZIE
PATOMORFOLOGII INNYCH NIŻ POBRANYCH W WYNIKU BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ
TARCZYCY

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: - tak / - nie **)

**) – zaznaczyć odpowiednie

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej