Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie biopsji cienkoigłowych z tarczycy wraz z oceną preparatu histopatologicznego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BIOPSJI CIENKOIGŁOWYCH Z TARCZYCY WRAZ Z OCENĄ PREPRATU HISTOPATOLOGICZNEGO

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

Data udzielania świadczeń	**OD GODZINY**	**DO GODZINY**	**Ilość przeprowadzonych biopsji cienkoigłowych z tarczycy wraz z oceną preparatu histopatologicznego**
SUMA:			

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

****) – zaznaczyć odpowiednie***

……
Pieczęć i podpis lekarza

Signed by / Podpisano przez:

Robert Mazur

Date / Data: 2025-04-23 10:04

……
Pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Signed by / Podpisano przez:

Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-04-23 09:40