

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W
PORADNI UROLOGICZNEJ**

miesiąc rok.....

L.p.	ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ	LICZBA WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ	CENA ŚWIADCZENIA	WARTOŚĆ (liczba x cena)
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII				
1.	W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE			
2.	W11 ŚWIADCZENIE SPEC.1-GO TYPU			
3.	W12 ŚWIADCZENIE SPEC.2-GO TYPU			
4.	W13 ŚWIADCZENIE SPEC.3-GO TYPU			
5.	W16 ŚWIADCZENIE SPEC.6-GO TYPU			
6.	W17 ŚWIADCZENIE SPEC.7-GO TYPU			
7.	W18 ŚWIADCZENIE SPEC.8-GO TYPU			
8.	W19 ŚWIADCZENIE SPEC.9-GO TYPU			
9.	W20 ŚWIADCZENIE SPEC.10-GO TYPU			
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W UROLOGII – ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1640.001.02				
1.	GRUPA Z27			
2.	GRUPA Z31			
3.	GRUPA Z53			
4.	GRUPA Z100			
5.	GRUPA Z102			
6.	GRUPA Z103 (NIE DOT.PROCEDURY 97.612)			
7.	GRUPA Z105			
8.	WLEW DO PĘCZERZA MOCZOWEGO SZCZEPIONKI BCG			

9.	GRUPA Z110			
10.	GRUPA Z111			
1.	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII – DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA			
SUMA			XXXXXXXXXX	

Podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

.....

Potwierdzam ilość wykonanych świadczeń:
Podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych

.....