

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH PROCEDUR Z ZAKRESU ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Imię i nazwisko:

miesiąc202.....rok

Data realizacji	Inicjały pacjenta	7 pierwszych cyfr PESEL-u	PROCEDURA			Przyjmujący zamówienie wykonuje procedury samodzielnie lub jako asystent, gdzie głównym operatorem jest lek. nie posiadający tytułu specjalisty *	Przyjmujący zamówienie wykonuje procedury jako asystent, gdzie głównym operatorem jest lek. posiadający tytułu specjalisty *	Czas zabiegu	
			Grupa JGP	kod lub nazwa procedury zgodnie z JGP	Liczba punktów za procedurę			Godzina rozpoczęcia procedury	Godzina zakończenia procedury

* Wstawić znak „X”

Zatwierdzam pod względem merytorycznym

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
(pieczęć i podpis Lek. Kierującego Oddz. Urazowo-Ortopedycznym lub pełniącego jego zastępstwo)

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego

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