

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ZNIECZULEŃ  
DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc ..... rok .....

| KOMÓRKA | DZIEŃ | PESEL PACJENTA | CZAS REALIZACJI<br>ŚWIADCZEŃ<br>(GODZINY OD.... DO .....) |
|---------|-------|----------------|-----------------------------------------------------------|
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |
|         |       |                | ... - ...                                                 |

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych

.....  
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....  
pieczęć i podpis lekarza kierującego Oddz. Anestezjologii i  
Intensywnej Terapii

.....  
pieczęć i podpis pracownika Działu Świadczeń  
Medycznych