

**MIESIĘCZNE SPRWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ
w godzinach pomiędzy a W RAMACH TERAPEUTYCZNYCH PROGRAMÓW
LEKOWYCH Z PODANIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ**

miesiąc..... rok.....

.....
(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY	DO GODZINY	SUMA ŚWIADCZEŃ – PODANIA TOKSYNY BOTULINOWEJ W DANYM DNIU
Razem			

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

*) – zaznaczyć odpowiednie

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej