

RAPORT ZA MIESIĄC ROK

Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarz: _____

Za okres	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	RAZEM
	Godz.pracy/wizyty	Godz.pracy/wizyty	Godz.pracy/wizyty	Godz.pracy/wizyty	Godz.pracy/wizyty	Godz.pracy/wizyty
RAZEM						

PODSUMOWANIE

ILOŚĆ PRZEPRACOWANYCH GODZIN ___ X STAWKA ___ zł/h = _____ zł

ILOŚĆ WIZYT DOMOWYCH W MIESIĄCU _____

WIZYTY DOMOWE

Lp.	Data	Imię i nazwisko	Adres/telefon	Uzasadnienie wizyty domowej	Rozpoznanie (ICD)	uwagi

Zatwierdził:

Sprawdził:

Podpis lekarza:

Przyjmujący zamówienie

Udzielający zamówienia