

**RAPORT ZA MIESIĄC ..... ROK**

Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarz: \_\_\_\_\_

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

**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**