

**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**