***Załącznik nr 4 do umowy***

***z dnia ……..r.***

 ***WZÓR SPRAWOZDANIA Z WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH***

***W ZAKRESIE NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ NA ZINTEGROWANYM BLOKU OPERACYJNYM***

1. **Imię i nazwisko pacjenta** ………………………………………………….

2. **PESEL pacjenta** ………………………………………………….

3. **Numer księgi** ………………………………………………….

1. **Godzina rozpoczęcia zabiegu** ………………………………………………….
2. **Godzina zakończenia zabiegu** ………………………………………………….
3. **Lekarze wykonujący procedurę (w tym lekarz anestezjolog**)

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

1. **Pielęgniarki wykonujące procedurę (w tym pielęgniarka anestezjologiczna)**

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

8. **Wykonane procedury ICD-9** ………………………………………………….

1. **Dane do rozliczenia z NFZ:**
	* grupa JGP ………………………………………………….
	* lek ………………………………………………….

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**……………………………………………. …………………………………………….**