***Załącznik nr 4 do umowy***

***z dnia …………..***

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

***W ZAKRESIE NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ.***

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 ………………………………………………………….

**PRZYJMUJĄCYZAMÓWIENIE UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIE**

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