

**WZÓR SPRAWOZDANIA Z WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W ZAKRESIE NEURORADIOLOGII INTERWENCYJNEJ.**

1. **Imię i nazwisko pacjenta** .....
2. **PESEL pacjenta** .....
3. **Numer księgi** .....
4. **Godzina rozpoczęcia zabiegu**.....
5. **Godzina zakończenia zabiegu**.....
6. **Lekarze wykonujący procedurę (w tym lekarz anestezjolog)**

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

9. **Dane do rozliczenia z NFZ:**

- grupa JGP.....
- lek .....

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

.....