

**Sprawozdanie z procedur wykonanych pacjentom
objętym Programem ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki**

za miesiąc

Cz. A Dane Świadczeniodawcy

Nazwa:

Adres:

Telefon:

Numer umowy:

Cz. B Dane Świadczeniobiorców

Lp.	Imię i Nazwisko	PESEL	Wiek	Kod ICD-10 jednostki chorobowej kwalifikującej do objęcia Programem	Wada wg GOSLON (w przypadku rozszczepów)	Rok włączenia pacjenta do Programu	Data wizyty	Kod udzielonej procedury wg. ICD-9 (jeśli ma zastosowanie)	Nazwa udzielonej procedury
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

data sporządzenia sprawozdania.....