

**Sprawozdanie z procedur wykonanych pacjentom
objętym programem "Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki"**

za miesiąc

Cz. A Dane Świadczeniodawcy

Nazwa:	
Adres:	
Telefon:	
Numer umowy:	

Cz. B Dane Świadczeniobiorców

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

data sporządzenia sprawozdania.....