Załącznik Nr 5 do umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sprawozdanie z procedur wykonanych pacjentom objętym programem "Ortodontycza 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………………………………………… | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |