

**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.....