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……