Indywidualny plan udzielanych świadczeń zdrowotnych na m-c ……20……..roku imię/nazwisko ……

Oddział/Zakład ……

Dzień	Oddział	Przychodnia Centrum Onkologii		Zakład				Ambulatorium Chemioterapii	Pozostałe			Inne
		Poradnia ……	Poradnia ……..	Pracownia/Poradnia ……..	Pracownia/Poradnia ……	Pracownia/Poradnia ……	Pracownia/Poradnia ……		Blok operacyjny	Centrum Diagnostyczno-Lecznicze	Dyżur/przyjazd na wezwanie lekarz dyżurnego	…… …… …
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

Data i podpis osoby sporządzającej

Podpis koordynatora./kierownika/Dyrektora ds. Medycznych