



.....  
.....  
.....  
.....

**7. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli „Historii zdrowia i choroby”  
(podać których nr „Historii zdrowia i choroby” dotyczą).**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Zalecenia pokontrolne.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpisy i pieczętka osób przeprowadzających kontrolę:

.....

Podpis i pieczętka Kierownika Poradni .....

Podpis i pieczętka Z-cy Dyrektora ds. Medycznych UCS w Lublinie .....