

Data

RAPORT Z KONTROLI WYKAZÓW BADAŃ RTG W PORADNIACH:

- Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją,
- Stomatologii Wieku Rozwojowego,
- Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii.

1. Miejsce kontroli

2. Osoby przeprowadzające kontrolę

.....
.....

3. Zakres kontroli:

3.1. Ocena poprawności wypełniania: "Wykazów" aktualnie prowadzonych w Poradni Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją / Poradni Stomatologii Wieku Rozwojowego/Poradni Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii*(*niepotrzebne skreślić).

4. Identyfikacja "Wykazów" sprawdzanych podczas kontroli (wpisać datę rozpoczęcia wpisów w wykazie oraz czy jest prowadzona w ramach działalności dydaktycznej, świadczeń udzielanych w ramach kontraktu z NFZ czy usług płatnych):

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

5. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli w „Wykazach” (podać których wykazów dotyczy).

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

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

6. Zalecenia pokontrolne.

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

Podpisy i pieczętki osób przeprowadzających kontrolę:

.....

Podpis i pieczętka Kierownika Poradni

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