

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА - СТОМАТОЛОГА (ЗУБНОГО ВРАЧА) СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА

"...." _____ г.

(фамилия, имя, отчество врача)

N N п / п .	Время приема пациент а (час. мин.)	Ф.И.О. пациент а	Год рождени я	Адрес	Первичн о приняты е	В том числ е дети (14 лет 11 мес. 29 дн.)	Диагно з	Фактически выполненны й объем работы	Санитарованны е	В т.ч. санитарованны е в плановом порядке	Условных единиц трудоемкост и (УЕТ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Подпись врача _____