Υπόδειγμα 12

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

Του Φυσιοθεραπευτή : …….

Ημερομηνία Υποβολής : ……. / 20……...

Περίοδος Παροχής Υπηρεσιών : Από ……Έως ……..

| Α/Α | Χρονικό Διάστημα Νοσηλείας | Ονοματεπώνυμο Ασθενούς | Αριθμός Βιβλιαρίου | Αριθμός Εντολής | Αριθμός Συνεδριών | Αξία Εντολής | Συμμετοχή Ασφαλισμένου | Αιτούμενο Ποσό |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | ΣΥΝΟΛΟ: | | |

Σφραγίδα και Υπογραφή