

MIESIĘCZNY RAPORT
Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH REALIZACJI BADANIA KLINICZNEGO – LECZENIE
SZPITALNE/AMBULATORYJNE
za miesiąc
(wypełnia Badacz)

Tytuł badania klinicznego

Nr protokołu

Sponsor

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Nr przesiewowy pacjenta	Data włączenia pacjenta do badania klinicznego	Data wyłączenia pacjenta z badania klinicznego (jeśli dotyczy)	Udzielone świadczenia (H-hospitalizacja / P-porada) (*)	Terminy zrealizowanych wizyt (nr wizyty)	Diagnostyka wykonana w szpitalu / poradni

(*) – należy wskazać źródło finansowania:

- A.** świadczenie związane z leczeniem finansowanym z ubezpieczenia zdrowotnego a dodatkowo związane i finansowane z programu badań klinicznych
- B.** świadczenie związane wyłącznie z programem badań klinicznych i finansowane z ww. programu

.....
Data / podpis i pieczęćka Badacza