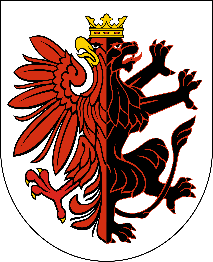
<http://www.caritas.grudziadz.pl>

 **GRUDZIĄDZKIE CENTRUM CARITAS**

**WYPOŻYCZALNIA SPRZĘTU**

** ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNEGO**

**Grudziądz, ul. Marcinkowskiego 6 – 8**

**Tel. 56 64 31 640 / kom. 600 376 528**

**Czynne : poniedziałek/środa/piątek** **godz. 10.00 – 14.00**

**ZLECENIE NA WYPOŻYCZENIE SPRZĘTU**

***(WYPEŁNIA LEKARZ ZLECAJĄCY)***

I.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczęć jednostki kierującej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA LEKARZ ZLECAJĄCY** | Dane personalne pacjenta **PESEL**: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwisko (-a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |  |  |  |  |
| **Imiona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **Data urodzenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **Adres:** Kod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Gmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | nr domu \_\_\_\_\_\_ | | | |  | m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Nr tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rodzaj schorzenia - według klasyfikacji ICD 10 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa przedmiotu ortopedycznego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | ilość \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Uwagi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  | Pieczątka i podpis lekarza kierującego: | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

II. Potwierdzenie odbioru sprzętu ortopedycznego (wypełniane przez pracownika wypożyczalni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data przyjęcia do realizacji

Potwierdzam odbiór prawidłowo dobranego przedmiotu / środka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Świadczeniodawcy Nazwisko, imię i podpis odbierającego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wypożyczenie / Przedłużenie PESEL osoby odbierającej

**UWAGA:**

**Niniejszy wniosek upoważnia do wypożyczenia sprzętu na okres 3 m-cy z możliwością przedłużenia na kolejny okres.**