<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.**