|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZLECENIE NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO PRZEZ SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE**   1. Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………….……  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  1. PESEL pacjenta  |  | | --- | |  |  1. Rozpoznanie – kod ICD10 2. Rodzaj zlecanego świadczenia medycznego ………………….…………………………………..……………   ……………….….………………………….…………………………………………….……………………..  Data……………………………………….. ……………………………………………  pieczątka i podpis lekarza zlecającego  **Wyrażam zgodę na w/w świadczenie medyczne oraz zobowiązuję się do pokrycia jego kosztów**  Data……………………………………….. ……………………………………………  Pieczątka i podpis Dyrektora lub innej uprawnionej osoby  **Potwierdzam wykonanie zlecenia zgodnie z dyspozycją**  Data……………………………………….. ……………………………………………  podpis osoby działającej w imieniu zleceniodawcy |
|  |
| **ZLECENIE NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO PRZEZ SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE**   1. Imię i nazwisko pacjenta ……………………………………………………………………….……  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  1. PESEL pacjenta  |  | | --- | |  |  1. Rozpoznanie – kod ICD10 2. Rodzaj zlecanego świadczenia medycznego ………………….…………………………………..……………   ……………….….………………………….…………………………………………….……………………..  Data……………………………………….. ……………………………………………  pieczątka i podpis lekarza zlecającego  **Wyrażam zgodę na w/w świadczenie medyczne oraz zobowiązuję się do pokrycia jego kosztów**  Data……………………………………….. ……………………………………………  Pieczątka i podpis Dyrektora lub innej uprawnionej osoby  **Potwierdzam wykonanie zlecenia zgodnie z dyspozycją**  Data……………………………………….. ……………………………………………  podpis osoby działającej w imieniu zleceniodawcy |