|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |