

## Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie**  
 Tytuł projektu: **Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim**  
 Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0009/18**  
 Tytuł programu profilaktycznego: **Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych.**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego Pacjentowi – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub wykonującej badanie
<input type="checkbox"/> <b>Konsultacja</b> na poziomie AOS – usługa lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie densytometryczne</b> – kości kręgosłupa lędźwiowego i jednej z szyjek kości udowej			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie densytometryczne</b> – kości kręgosłupa lędźwiowego			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie densytometryczne</b> – jednej z szyjek kości udowej			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie obrazowe</b> – RTG boczne kręgosłupa wraz z opisem			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie obrazowe</b> – RTG kości przedramienia wraz z opisem			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie obrazowe</b> – RTG kości ramienia wraz z opisem			
<input type="checkbox"/> <b>Badanie obrazowe</b> – RTG bliższego końca kości udowej wraz z opisem			

Imię i nazwisko Pacjenta	
Tel. Kontaktowy	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Obecność dokonanego złamaniaiskoenergetycznego <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Nazwa i pieczęć OPO, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres OWD	
Województwo	