



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: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
	Nazwisko (-a) _____																				
	Imiona _____ Data urodzenia _____																				
	Adres: Kod: _____ Miejscowość _____																				
	Gmina _____ Powiat _____																				
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____																				
	Nr tel. _____																				
	Rodzaj schorzenia - według klasyfikacji ICD 10 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Nazwa przedmiotu ortopedycznego _____ ilość _____																					
Uwagi _____																					
Data: _____																					
Pieczęć i podpis lekarza kierującego: <table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"><tr><td> </td></tr></table>																					

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.