



## **WNIOSEK O WYZNACZENIE KONSULTACJI KWALIFIKACYJNEJ DO LECZENIA SZPITALNEGO**

**Dane pacjenta:**

**Imię i nazwisko:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**Nr dowodu tożsamości:** .....; **Tel.:** .....

Wnoszę o wyznaczenie konsultacji kwalifikacyjnej na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oświadczam, że nie jestem objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Konsultacja kwalifikacyjna dotyczy następującego problemu zdrowotnego:**

.....  
.....

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztu konsultacji, która będzie uwzględniona w szacunkowym koszcie świadczeń zdrowotnych planowanych do realizacji

.....

*Data i podpis Pacjenta*