

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

*Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń pomocniczych
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie*

Imię i nazwisko pacjenta
Data urodzenia.....
PESEL.....
Miejsce zamieszkania.....

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną* i wymaga sprzętu
(rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego, wspomagającego)**

.....
(Nazwa sprzętu)
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

Wykaz sprzętu wypożyczalni:

Sprzęt rehabilitacyjny (łóżka rehabilitacyjne, rotory, rowerki rehabilitacyjne, piłki rehabilitacyjne, materace rehabilitacyjne, orbitreki magnetyczne, steppery, bieżnie elektryczne, wioślarze, aparaty do masażu ciała, drabinki rehabilitacyjne)

Sprzęt pielęgnacyjny (wózki prysznicowo-toaletowe, taborety prysznicowe, nakładki sedesowe, podnośniki transportowo-kąpielowe, ssaki medyczne, krzesła toaletowe)

Sprzęt wspomagający (wózki standardowe, balkoniki, podpórki, kule, laski, koncentratory tlenu, inhalatory, ciśnieniomierze)

**osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.*

***właściwe podkreślić*