**Załącznik Nr 2 do Regulaminu wypożyczalni sprzętu**

………………………………
miejscowość, data

…………………………………..
pieczęć zakładu opieki
zdrowotnej/gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadczam, że Pan/i………………………………………………………………………………………………………………………
zamieszkały/ła ………………………………………………………………………………………………………………………………….
wymaga rehabilitacji w warunkach domowych z użyciem sprzętu rehabilitacyjnego:
(wskazać poniżej i podać liczbę miesięcy jeśli rehabilitacja tego wymaga):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj sprzętu, który ma być wypożyczony (zaznaczyć X):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kule łokciowe |  |
|  | Laska trójnóg  |  |
|  | Laska czwórnóg  |  |
|  | Chodzik rehabilitacyjny z podnóżkiem |  |
|  | Podnośnik pacjenta |  |
|  | Koncentrator tlenu z czujnikiem stężenia tlenu  |  |
|  | Balkonik ułatwiający chodzenie (na 2 kółkach) |  |
|  | Balkonik ułatwiający chodzenie i wstawanie bez kółek |  |
|  | Rotor rehabilitacyjny kończyn górnych i dolnych |  |
|  | Wózek inwalidzki dla dzieci |  |
|  | Wózek inwalidzki dla dzieci z podpórką na głowę |  |
|  | Łóżko pielęgnacyjno- rehabilitacyjne z uchwytem do podciągania |  |
|  | Stojak do kroplówki na kółkach |  |
|  | Ławka obrotowa na wannę |  |
|  | Schodołaz gąsienicowy |  |
|  | Materac przeciwodleżynowy |  |
|  | Uchwyt do łóżka na wysięgniku |  |
|  | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej  |  |
|  | Wózek inwalidzki dla dorosłych z podpórką na głowę |  |

 |
| Termin na jaki ma być wypożyczony sprzęt (od-do): |

…………………………………………
(podpis i pieczątka lekarza)