**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)