

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
dla potrzeb Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Miejsce zamieszkania

.....

Pacjent wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego wymienionego poniżej:

.....

.....

(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu)

na okres .....

(Wskazanie czasu używania sprzętu)

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

-----  
**UWAGA!!! (PONIŻSZA CZĘŚĆ JEST WYPEŁNIANA PRZEZ LEKARZA TYLKO W PRZYPADKU GDY OSOBA KWALIFIKUJE SIĘ DO WYPOŻYCZENIA SPRZĘTU JAKO OSOBA NIESAMODZIELNA)**

Stwierdzam, że pacjent jest **osobą niesamodzielną**<sup>1</sup>

Przyczyna niesamodzielnności (*podkreślić właściwe*): osoba w podeszłym wieku, osoba po operacji/operacjach, leczeniu szpitalnym, unieruchomiona po urazach, ciężko i długotrwale chorująca, inna przyczyna .....

.....

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

<sup>1</sup> osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego