

Załącznik nr 7 do Regulaminu Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego

.....

(pieczętka 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)

.....

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

.....

(pieczętka 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