



.....
(pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb projektu "Aktywni i sprawni – usługi społeczne dla mieszkańców północnej Lubelszczyzny"
do wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent jest **osobą niesamodzielną**¹.

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

Pacjent wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i/lub wspomagającego wymienionego poniżej:

.....
(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu - max 3 szt.)
.....

na okres
(Wskazanie czasu jego używania - nie dłużej niż 6 miesięcy)

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

¹ 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