



.....  
(pieczętka 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**<sup>1</sup>.

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)

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(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