



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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjno- Pielęgnacyjnego w Subregionalnym Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnym Bezpieczna Przystań.

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Stwierdzam, że Pan/Panijest **osobą niesamodzielną**¹.Przyczyna niesamodzielnosci (zaznaczyć właściwe); osoba w podeszłym wieku, osoba po operacji/operacjach, leczeniu szpitalnym, unieruchomiana po urazach, ciężko i długotrwanie chorująca, inna przyczyna.....

Osoba niesamodzielną wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjno- pielęgnacyjnego;

.....
.....
(wpisać nazwę sprzętu)

Na okres.....
(nie dłuższy niż 90 dni)

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

1. ¹**Osoba niesamodzielną** - 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.