

## Zaświadczenie Lekarskie

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

Pesel .....

### 1. Stan fizyczny

- osoba chodząca samodzielnie

- TAK - NIE

- osoba wymagająca wsparcia w formie:

\*laska ortopedyczna \*kula łokciowa \*balkonik \*wózek inwalidzki

\*koncentrator tlenu \*czwórnóg \*drabinka przyłóżkowa \*inhalator \*krzesło

toaletowe

- osoba leżąca

\*materac przeciwoślizgowy \*łóżko medyczne \*łatwoślizg \*podnośnik

2. Inne istotne informacje dotyczące stanu zdrowia osoby ubiegającej się o możliwość skorzystania z oferty Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i wspomagającego (określenie czasu na jaki dany sprzęt powinien zostać użyczony osobie zainteresowanej).

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarska