

....................................................................

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb **WYPOŻYCZALNI** **SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, PIELĘGNACYJNEGO I WSPOMAGAJĄCEGO w PNIU**

Imię i nazwisko pacjenta ............................................................................................

Data urodzenia…………………………......................................................................

PESEL ……………………………...……………………………………………

Miejsce zamieszkania ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………..

Stwierdzam, że pacjent wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i/lub wspomagającego wymienionego poniżej:

(Wskazanie rodzaju niezbędnego sprzętu)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zaświadczenie wydane zgodnie ze skala Bathel:……………pkt.

na okres…………………………………………………………………………

(Wskazanie czasu używania sprzętu)

……………………………… ……………………………………………

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)