

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Nowej Sarzynie w ramach Wypożyczalni Urządzeń Pomocniczych i Sprzętu
Rehabilitacyjnego

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną* tj. wymaga opieki i korzystania ze sprzętu
rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

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

na okresmiesiący*.

*** (maksymalnie na okres do 12 m-cy).**

.....
(data)

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

* osobę, 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