

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb uczestnictwa w projekcie pn. Nie jesteście Sami!  
Jesteśmy z Wami! współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Stwierdzam, że pacjent jest osobą potrzebującą<sup>1</sup> wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wymaga korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego/pielęgnacyjnego/wspomagającego<sup>2</sup>:

.....  
(nazwa sprzętu)

na okres od ..... do .....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza)

<sup>1</sup> **WAŻNE** osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthel, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Za osobę potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu uznaje się również dzieci, nad którymi opiekę sprawuje uczestnik projektu.

<sup>2</sup> właściwe podkreślić

## Wykaz sprzętu wypożyczalni:

<b>LP</b>	<b>nazwa sprzętu pielęgnacyjnego</b>
1	taboret prysznicowy teleskopowy
2	Krzesło toaletowe
3	siedzisko wannowe obrotowe
4	Stolik przyłóżkowy
5	Wanna do mycia głowy w łóżku
6	Basen do mycia głowy
7	nakładka na sedes z uchwytami
<b>LP</b>	<b>nazwa sprzętu rehabilitacyjnego</b>
1	Łóżko rehabilitacyjne manualne
2	Łóżko rehabilitacyjne elektryczne
3	Materac przeciwoleżynowy gofrowany
4	Materac przeciwoleżynowy bąbelkowy
5	Materac przeciwoleżynowy rurowy
6	Materac rehabilitacyjny 3 częściowy
7	Rotor mechaniczny
8	Rotor elektryczny
9	Wózek inwalidzki ręczny
10	Wózek inwalidzki do aktywnej rehabilitacji dla dorosłych
11	Wózek inwalidzki do aktywnej rehabilitacji dla dzieci
12	Rowerek stacjonarny
13	Orbiterek
<b>LP</b>	<b>nazwa sprzętu wspomagającego</b>
1	Lampa Solmed Duo
2	Aparat do elektroterapii
3	Aparat Sonatronic
4	Podrzewacz do okładów
5	Elektrostymulator Tens
6	Aparat do ultradźwięków
7	Podpórka rehabilitacyjna
8	Aparat do ćwiczeń oddechowych
9	Koncentrator tlenu 0,5-8l/min
10	Koncentrator tlenu 0,5-5 l/min
11	Spirometr
12	Balkonik typu ambona
13	Balkonik czterokołowy
14	Kula pachowa
15	Kula łokciowa
16	Lampa biopton ze statywem
17	Lampa sollux ze statywem
18	Lampa sollux bez statywu
19	Drabinka do łóżka fluorescencyjna
20	Drabinka do łóżka drewniana
21	Kołnierzyk szyjny ortopedyczny

22	Neoprenowy stabilizator stawu kolanowego
23	Neoprenowa orteza rzepki
24	Orteza nadgarstka
25	Ciśnieniomierz z funkcją transmisji danych
26	Stabilizator nadgarstka