

Załącznik Nr 3 Do Regulaminu Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego

## ZLECENIE NA WYROBY MEDYCZNE

1. Imię i nazwisko pacjenta: ....., wiek .....

2. Adres zamieszkania: JAWORZNO, ul. ....

3. Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wózek inwalidzki                    | <input type="checkbox"/> Wózek inwalidzki specjalny stabilizujący plecy i głowę |
| <input type="checkbox"/> Ortopedyczna kula łokciowa          | <input type="checkbox"/> Ortopedyczna kula pachowa                              |
| <input type="checkbox"/> Czwóróg – laska rehabilitacyjna     | <input type="checkbox"/> Trójnóg – laska rehabilitacyjna                        |
| <input type="checkbox"/> Balkonik rehabilitacyjny (z kołami) | <input type="checkbox"/> Balkonik rehabilitacyjny (bez kół)                     |
| <input type="checkbox"/> Łóżko rehabilitacyjne               | <input type="checkbox"/> Materac przeciwoleżynowy z osuszaniem pacjenta         |

4. Uzasadnienie zapotrzebowania na sprzęt

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

5. Dodatkowe wskazania zlecającego

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

.....  
*pieczętka i podpis osoby uprawnionej\**

....., dnia ..... 2019 r.

*\* o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*

**PROJEKT U siebie -** Bezpłatne usługi opiekuńcze prowadzone w miejscu zamieszkania oraz w ramach Klubu Seniora dla niesamodzielnych mieszkańców Miasta Jaworzna, których celem jest zwiększenie samodzielności w codziennym funkcjonowaniu seniorów we własnym środowisku domowym i lokalnym współfinansowany przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego