

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
ZEZWALAJĄCE NA UŻYWANIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO

Z powodu stanu zdrowia zalecam Panu/Pani.....
ur....., zam.
używanie (nazwa sprzętu*)
.....
na okres od.....do

.....
miejsowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

** łóżko rehabilitacyjne elektryczne, balkonik/podpórka, balkonik do chodzenia, wózek inwalidzki, wózek inwalidzki elektryczny, rotory do chodzenia, materac przeciwodleżynowy, laska/czworonóg, kule łokciowe, tablica do ćwiczeń manualnych, poduszka przeciw odleży nowa, poduszka ortopedyczna rogal, rower stacjonarny, drabinki przyłóżkowe, steper, linki do ćwiczeń wspomaganych, schodołaz, rower trójkołowy, szyna/rampa podjazdowa, pionizator.