

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 |
| <input type="checkbox"/> Koncentrator tlenu | |

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*