

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL

3. Adres:

ulica i numer domu: .....

miejsowość: .....

kod pocztowy: .....

4. Zakres dysfunkcji narządu Pacjenta (opis)

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

5. Zalecenia lekarskie: w zakresie wskazań do posiadania specjalistycznego wyposażenia ze względu na niepełnosprawność, współistniejące schorzenie i istniejące bariery techniczne **zaleca się posiadanie** (zaznaczyć właściwe pole):

a) **standardowego łóżka medycznego** (rehabilitacyjnego) ze względu na niepełnosprawność i współistniejące schorzenia oraz istniejące bariery techniczne;

b) **specjalistycznego łóżka rehabilitacyjnego o szerokości leża co najmniej 120 cm** ze względu na niepełnosprawność i współistniejące schorzenia, istniejące bariery techniczne oraz konieczność wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych wymagających obrotu pacjenta na szerszym łóżku;

c) **specjalistycznego obrotowego łóżka medycznego z funkcją fotela i pionizacji z łagodnymi kątami zgięcia podczas funkcji obrotu** (oparcie: maksymalnie 50°; podudzia maksymalnie: 28°) ze względu na niepełnosprawność, konieczność ułatwienia pionizacji pacjenta oraz współistniejące schorzenia;

d) **specjalistycznego łóżka medycznego z frontálną funkcją fotela i pionizacji bez konieczności obrotu leża** ze względu na niepełnosprawność, konieczność ułatwienia pionizacji pacjenta przy utrudnieniach w zakresie korzystania z tożsamej funkcji fotela i pionizacji w przypadku łóżek z ww. funkcją obrotową oraz współistniejące schorzenia;

e) **specjalistycznego podnośnika** ze względu na niepełnosprawność oraz istniejące bariery techniczne;

f) **inny sprzęt służący do likwidacji barier technicznych** – (wskazać należy jaki)

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

\* Uwagi (np. dalsze zalecenia w zakresie konieczności posiadania dodatkowych sprzętów służących do likwidacji barier technicznych niewymienionych powyżej)

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza