Załącznik nr 4
do Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.

Nr sprawy.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
numer telefonu

WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE UMOWY UŻYCZENIA SPRZĘTU PIELĘGNACYJNEGO, REHABILITACYJNEGO LUB WSPOMAGAJĄCEGO

URZĄD MIASTA KROSNA
UL. LWOWSKA 28A
38-400 KROSNO

Zwracam się z prośbą o nieodpłatne przedłużenie umowy wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....

na okres .....
nie krótszy niż 1 miesiąc i nie dłuższy niż 3 miesiące

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie lekarskie ..... □

2. .....

3. .....

.....

czytelny podpis

Załącznik nr 3
do Wniosku będącego
załącznikiem do
Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.

..... Krosno, dnia.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: □ Tak □ Nie

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *(proszę zaznaczyć)*:
   - □ choroba umysłowa,
   - □ choroba psychiczna,
   - □ zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu,
   - □ choroby narządu wzroku,
   - □ upośledzenie narządu ruchu,
   - □ epilepsja,
   - □ choroby układu oddechowego i krążenia,
   - □ choroby układu pokarmowego,
   - □ choroby układu moczowo-płciowego,
   - □ choroby neurologiczne,
   - □ całościowe zaburzenia rozwojowe,
   - □ inne ..... (jakie?)
2. Proszę wskazać rodzaj niezbędnego sprzętu z uwzględnieniem okresu jego użytkowania - od 1 do 3 miesięcy *(proszę zaznaczyć)*:

Sprzęt pielęgnacyjny:

- □ ławka nawannowa
- □ przenośny basen do mycia głowy z prysznicem
- □ materac przeciwodleżynowy bąbelkowy
- □ materac przeciwodleżynowy rurowy
- □ poduszka przeciwodleżynowa śr. 12 cm
- □ poduszka przeciwodleżynowa śr. 15 cm
- □ nakładka na sedes
- □ krzesło toaletowe
- □ krzesło prysznicowe

Sprzęt rehabilitacyjny:

- □ łóżko rehabilitacyjne z materacem
- □ pionizator dla dorosłych
- □ rotor elektryczny
- □ rotor mechaniczny
- □ materac rehabilitacyjny składany 3-częściowy
- □ orbitrek
- □ bieżnia
- □ cykloergometr leżący
- □ wioślarz
- □ rower
- □ rehabilitacyjny rower trójkołowy
- □ drabinka przy łóżkowa do podciągania
- □ termożele - kompresy żelowe 28 x 32 (..... szt.)

Sprzęt wspomagający:

- □ wózek inwalidzki ręczny
- □ wózek inwalidzki dla dzieci
- □ wózek inwalidzki specjalny
- □ podnośnik wannowy elektryczny
- □ balkonik rehabilitacyjny 2-kołowy
- □ balkonik rehabilitacyjny 4-kołowy
- □ balkonik rehabilitacyjny stały
- □ koncentrator tlenu
- □ temblak
- □ laska inwalidzka trójnóg
- □ laska inwalidzka czwórnóg
- □ kule łokciowe (..... szt.)
- □ kule łokciowe dla dzieci (..... szt.)
- □ poduszka do siedzenia do wózka inwalidzkiego
- □ rampa dla wózków inwalidzkich
- □ wałek - Ø 20 x 60
- □ wałek - Ø 15 x 50
- □ wałek - Ø 30 x 60
- □ półwałek - Ø 16 x 37
- □ półwałek - Ø 15 x 50
- □ półwałek - Ø 20 x 60
- □ szyna Brauna 80 x 30 x 19,5
- □ szyna Brauna 60 x 25 x 12
- □ podstawka elewacyjna 69 x 46 x 18,5
- □ podstawka elewacyjna 79 x 49 x 19,5
- □ podstawka elewacyjna 89 x 52 x 21
- □ rozpórka do kończyn dolnych
- □ chwytak
- □ stojak na kroplówki
- □ ciśnieniomierz

....

miejscowość, data *pieczęć imienna i podpis lekarza*

Załącznik nr 3a
do Wniosku będącego
załącznikiem do
Regulaminu przyjętego
Zarządzeniem nr 1023/17
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 2 października 2017 r.
zmienionym Zarządzeniem
nr 1129/17 Prezydenta
Miasta Krosna z dnia 22
grudnia 2017 r. zmienionym
Zarządzeniem nr 1226/18
Prezydenta Miasta Krosna
z dnia 16 marca 2018 r.

..... Krosno, dnia.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Załącznik do zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane dla potrzeb wypożyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego z dnia ..... znak: .....

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Zaświadczam, że wg stanu zdrowia na dzień ..... w/w osoba jest osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej z jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthela, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zpotrzebowania na opiekę innych osób. Chory ma problemy z czynnościami życia codziennego takimi jak:

□ spożywanie posiłków,
□ poruszanie się,
□ wchodzenie i schodzenie po schodach,
□ siadanie,
□ utrzymanie higieny osobistej,
□ korzystanie z toalety,
□ kontrolowanie czynności fizjologicznych,
□ inne ..... (jakie?)

....

miejscowość, data *pieczęć imienna i podpis lekarza*