

Załącznik nr 3 do Regulaminu wypożyczalni sprzętu
pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla
mieszkańców Krosna przy ul. F. Czajkowskiego 38
w brzmieniu przyjętym zarządzeniem nr 398/25 Prezydenta
Miasta Krosna z dnia 5 marca 2025 r.

Nr sprawy.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
numer telefonu

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE UMOWY UŻYCZENIA SPRZĘTU
PIELĘGNACYJNEGO, REHABILITACYJNEGO LUB WSPOMAGAJĄCEGO**

GMINA MIASTO KROSNO

URZĄD MIASTA KROSNA

UL. LWOWSKA 28A

38-400 KROSNO

Zwracam się z prośbą o nieodpłatne przedłużenie umowy użyczenia sprzętu pielęgnacyjnego,
rehabilitacyjnego i/lub wspomagającego:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

na okres

nie krótszy niż 1 miesiąc i nie dłuższy niż 6 miesięcy

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie lekarskie ☐
2.
3.

.....

czytelny podpis

Załącznik nr 1 do Wniosku o wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego stanowiącego załącznik do Regulaminu wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców Krosna przy ul. Czajkowskiego 38 w brzmieniu przyjętym zarządzeniem nr 398/25. Prezydenta Miasta Krosna z dnia 5 marca 2025 r.

.....

Krosno, dnia.....

*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego*

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

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ Tak ☐ Nie

2. Zaświadczam, że wg stanu zdrowia na dzień ww. 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 zapotrzebowania 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?) | |

3. 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?)

4. Proszę wskazać rodzaj niezbędnego sprzętu z uwzględnieniem okresu jego użytkowania - do 6 miesięcy (*proszę zaznaczyć*):

Sprzęt pielęgnacyjny:

- | | |
|--|--|
| ☐ ławka nawannowa | ☐ nakładka na sedes |
| ☐ przenośny basen do mycia głowy z prysznicem | ☐ krzesło toaletowe |
| ☐ materac przeciwodrażny bąbelkowy | ☐ krzesło prysznicowe |
| ☐ materac przeciwodrażny rurowy | |
| ☐ poduszka przeciwodrażna śr. 12 cm | ☐ poduszka przeciwodrażna śr. 15 cm |

Sprzęt rehabilitacyjny:

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

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 czwórnoóg | ☐ kule łokciowe (..... szt.) | |
| ☐ kule łokciowe dla dzieci (..... szt.) | ☐ rampa dla wózków inwalidzkich | |
| ☐ poduszka do siedzenia do wózka inwalidzkiego | | |
| ☐ 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 |

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć imienna i podpis lekarza

Załącznik nr 2 do Wniosku o wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego stanowiącego załącznik do Regulaminu wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego dla mieszkańców Krosna przy ul. F. Czajkowskiego 38 w brzmieniu przyjętym zarządzeniem nr 398/25 Prezydenta Miasta Krosna z dnia 5 marca 2025 r.

Nr sprawy.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/a zam.
....., nr PESEL do wypożyczenia w moim imieniu sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego lub wspomagającego z Wypożyczalni oraz podpisania wszystkich dokumentów z tym związanych.

.....
data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia