

Miejscowość: .....

Data (d-m-r): .....

## ZAŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

wydane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Aktywny samorząd” (Obszar E)

Imię Pacjenta: .....

Nazwisko Pacjenta: .....

PESEL Pacjenta: .....

### POTWIERDZAM:

1. Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego przez (zaznacz właściwy kwadrat):

- zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
- zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie
- poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem

2. Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty, zaznacz właściwe):

od dnia (d-m-r): .....

do dnia (d-m-r): .....

- nieokreślonym (bezterminowo)

3. Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

- koncentratora tlenu
- respiratora

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy i podpis osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie, **proszę dodatkowo wypełnić poniższe dane**:

Nazwa świadczeniodawcy: .....

Ulica, nr budynku i lokalu: .....

Miejscowość: ..... kod pocztowy: .....