



Žiadosť o zapožičanie zdravotníckej pomôcky

..... (meno pacienta) narodená/narodený
.....(dátum narodenia) v(miesto narodenia),
trvale bytomžiadam
o zapožičanie zdravotníckej pomôcky:
(názov zdravotníckej pomôcky).

Vyššie uvedenú zdravotnícku pomôcku žiadam zapožičať na obdobie:
..... (obdobie od – do*).

V Považskej Bystrici, dňa

_____ podpis**

*Zdravotnícku pomôcku možno zapožičať maximálne na 1 mesiac. V prípade, že chce pacient zdravotnícku pomôcku na dlhšie obdobie, predloží Žiadosť o zapožičanie zdravotníckej pomôcky opätovne. V prípade, že pomôcka nie je rezervovaná ďalším pacientom, po schválení lekára Mobilného hospicu mu bude zdravotnícka pomôcka zapožičaná na ďalšie obdobie.

**Podpis pacienta, podpis rodinného príslušníka, podpis opatrovateľa pacienta, ktorý zapožičiava zdravotnícku pomôcku na meno pacienta zaradeného/prijatého do Mobilného hospicu Považská Bystrica.