

.....dnia.....
Pieczęć ZOZ:

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DO POMOCY SPOŁECZNEJ CELEM PRYZYKNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko pacjenta: Wiek: lat

Adres zamieszkania:
.....

Diagnoza – rozpoznanie:
.....
.....

Wymaga pomocy w postaci usług Nie wymaga pomocy w postaci usług opiekuńczych

Konieczność stosowania diety:
 nie tak – jakiej?
.....
.....

Zdolność pacjenta do poruszania się po mieszkaniu:
 zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
 zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
 niezdolny do poruszania się

Zdolność pacjenta do poruszania się w środowisku:
 zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
 zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
 niezdolny do poruszania się

Zalecane czynności pielęgnacyjne:
 układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała, opróżnianie cewnika,
 podawanie leków, pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i
zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów, mierzenie temperatury ciała,
tętna, ciśnienia, oklepywanie, inhalacje, inne jakie?.....
.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza:

*właściwe zaznaczyć znakiem x

Zgodnie art. 50 ust.5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.