

(pieczęć ZOZ)

Głogów, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CELU PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

..... Wiek.....lat
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(diagnoza-rozpoznanie)

.....
(liczba godzin 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

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:

- [] pielęgnacja chorego w łóżku, [] podawanie leków, [] pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo [] zakładanie kompresów i okładów [] oklepywanie, [] inhalacje [] mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia
- [] inne czynności.....

.....
Termin ważności zaświadczenia od.....do.....

Pieczęć i podpis lekarza

* zgodnie z 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.