Pieczęć ZOZ:

……. ……, dnia……

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA KIEROWANE DO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ CELEM PRZYZNANIA POMOCY W FORMIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH *[1]

Imię i nazwisko……

Adres zamieszkania……..

PESEL……...

Rozpoznanie choroby- diagnoza……...
……
……..

Symbol choroby……

Ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie usług opiekuńczych w wymiarze ……dziennie, obejmujących:

I) CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNE:

1) utrzymanie higieny- mycie ciała, mycie głowy, kąpiel:
   wymaga: nie wymaga:
2) pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych:
   wymaga: nie wymaga:
3) układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji:
   wymaga: nie wymaga:
4) zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń:
   wymaga: nie wymaga:
5) zmiana pieluchomajtek:
   wymaga: nie wymaga:
6) toaleta jamy ustnej:
   wymaga: nie wymaga:
7) oklepywanie:
   wymaga: nie wymaga:

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

8) stosowanie okładów i kompresów:
wymaga: nie wymaga:

9) zmiana opatrunków:
wymaga: nie wymaga:

10) mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru (zakreślić właściwe):
wymaga: nie wymaga:

II) USTALANIE WIZYT LEKARSKICH I BADAŃ LABORATORYJNYCH, TOWARZYSZENIE W NICH JEŻELI ZACHODZI TAKA POTRZEBA:
wymaga: nie wymaga:

III) REALIZACJA RECEPT:
wymaga: nie wymaga:

IV) WSPÓŁPRACA Z PIELĘGNIARKĄ ŚRODOWISKOWĄ W CELU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSKICH W MIEJSCU ZAMIIESZKANIA PODOPIECZNEGO
wymaga: nie wymaga:

V) INNE CZYNNOŚCI PILĘGNACYJNE WYNIKAJĄCE Z INDYWIDUALNYCH ZALECEŃ LEKARSKICH (jakie?):
.....
.....
.....
.....

VI) PODAWANIE LEKÓW WEDŁUG ZALECEŃ LEKARZA:

Nazwa leku: **Dawkowanie:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII) KONIECZNOŚĆ STOSOWANIA DIETY:
nie wymaga: wymaga: jakiej?
.....
.....
.....
.....
.....

Pieczęć i podpis lekarza: