

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 wymiarzedziennie, obejmujących:

I) CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNE:

- 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 PIEŁĘGNIARKĄ ŚRODOWISKOWĄ W CELU UDZIELANIA
ŚWIADCZEŃ PIEŁĘGNIARSKICH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO

wymaga: nie wymaga:

V) INNE CZYNNOŚCI PIEŁĘGNACYJNE 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: