|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………  pieczęć ZOZ | ……………………………, dnia…………………………………  Miejscowość |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**W CELU PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

…………………………………………………………………………………………………..PESEL…………………………………………….

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Diagnoza / rozpoznanie choroby zasadniczej ...........................................................................................

................................................................................................................................................................

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 ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………

pieczęć i podpis lekarza

Zgodnie z art.50 ust. 5 ustawy o pomocy społecznej ośrodek pomocy społecznej przyznane usługi opiekuńcze ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia