

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
KIEROWANE DO OPS CELEM PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko pacjenta:

..... Wiek: lat

Adres zamieszkania:

Diagnoza – rozpoznanie:
.....
.....

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:

- 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:

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.**