…………………………… Lidzbark Warmiński, …………………..
*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o konieczności przyznania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko pacjenta: ……………………………………………………….

Pesel: ……………………………… Adres zamieszkania: ……………………………………

Diagnoza – rozpoznanie: ……………………………………………………………………………

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

**Konieczność stosowania diety:**

[ ] nie [ ] tak – jakiej? ………………………………………………………………….

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

**Zdolność pacjenta do poruszania się:**

po mieszkaniu: w środowisku:

[ ] zdolny do poruszania się samodzielnie [ ] zdolny do poruszania się samodzielnie lub z użyciem sprzętu ortopedycznego lub z użyciem sprzętu ortopedycznego

[ ] zdolny do poruszania się [ ] zdolny do poruszania się
 z pomocą innych osób z pomocą innych osób

[ ] niezdolny do poruszania się [ ] niezdolny do poruszania się

**Zalecane czynności pielęgnacyjne:**

[ ] układanie chorego w łóżku i pomocy przy zmianie pozycji ciała,

[ ] pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów

[ ] przygotowywanie, podawanie leków w dawkach zaleconych przez lekarza *(podać leki oraz dawkowanie)* ………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………
[ ] mierzenie ciśnienia, poziomu cukru oraz prowadzenie dziennika pomiarów

[ ] opróżnienie cewnika

[ ] oklepywanie,

[ ] inne czynności pielęgnacyjne zalecone przez lekarza ………………………………………

…………………………………………
 *pieczątka i podpis lekarza*

|  |
| --- |
| *Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* *- art. 50 ust. 3 „usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych , opiekę higieniczną,* ***zalecaną przez lekarza pielęgnację*** *oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem”,**- art. 50 ust. 5 ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.*  |