

Pieczęć ZOZ: .....

dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ CELEM PRYZNANIA 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  
ortopedycznego

zdolny do poruszania się z pomocą innych  
innych osób

niezdolny do poruszania się

w środowisku:

zdolny poruszania się samodzielnie  
bez użycia lub z użyciem sprzętu

zdolny do poruszania się z pomocą  
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,

Zalecane czynności higieniczno-pielęgnacyjne:

mycie i kąpiel chorego  zapobieganie powstawaniu odleżyn lub odparzeń

zmiana bielizny osobistej  zakładanie i zmiana pieluchomajtek

pomoc przy załatwianiu potrzeb biologicznych

Zalecane czynności organizacyjne:

ustalanie wizyt lekarskich  realizacja recept  pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

Inne czynności zalecone przez lekarza .....

Pieczęć i podpis lekarza: