

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wystawiane na potrzeby Ośrodka Pomocy Społecznej w Trzemesznie,
celem ustalenia prawa do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko pacjenta:

wiek: lat

adres zamieszkania:

Diagnoza – rozpoznanie:

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

Występowanie choroby psychicznej/zaburzeń psychicznych - rozpoznanie:

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

Konieczność stosowania diety:

() nie () tak – jakiej?

Zdolność pacjenta do poruszania się:

po mieszkaniu*:		w środowisku*:	
	Zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego		Zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
	Zdolny do poruszania się z pomocą innych osób		Zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
	Niezdolny do poruszania się		Niezdolny do poruszania się

*właściwe zaznaczyć (x)

Zalecane czynności pielęgnacyjne realizowane przez osobę świadczącą usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania*:

	układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała
	opróżnianie worka urologicznego
	pomoc w przygotowaniu i nadzór nad zażyciem leków
	pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo-smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów
	mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia,
	oklepywanie
	inhalacje
	inne – jakie?

*właściwe zaznaczyć (x)

Data:

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2024r. o pomocy społecznej
Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia

DYREKTOR
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Trzemesznie
henc
Iwona Miellicka