

....., dnia

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

**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 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 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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)