..... Bielawa, dnia ….....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do Ośrodka Pomocy Społecznej w Bielawie 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:

[ ] 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 i pomoc 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,

[ ] mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia,

[ ] opróżnianie cewnika,

[ ] oklepywanie,

[ ] inne czynności pielęgnacyjne zlecone 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 zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, **zaleconą 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”.**