(pieczęć ZOZ) Głogów, dnia ……………….

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CELU PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**……………………………………………………………… Pesel: ………………..................**

(Imię i nazwisko pacjenta**)**

**…………………………………………………………………………………………………..**

(adres zamieszkania)

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

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

(diagnoza-rozpoznanie)

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

(liczba godzin usług opiekuńczych)

**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 higieniczne:** pielęgnacja chorego w łóżku [ ], podawanie leków [ ], mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia [ ] , pomoc w czynnościach codziennej toalety [ ], pomoc w przesłaniu łóżka [ ], pomoc przy zmianie bielizny osobistej [ ], pomoc przy ubieraniu / rozbieraniu [ ], pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych [ ], całkowita toaleta ciała w łóżku [ ], częściowa toaleta ciała w łóżku [ ], kąpiel w łazience [ ], zmiana pampersów [ ], układanie klienta w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji ( w miarę potrzeby) [ ].

 **Pieczęć i podpis lekarza**

\* zgodnie z art. 50.ust.5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej Ośrodek pomocy społecznej przyznając usługi opiekuńcze ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia**.**