

Zaświadczenie lekarskie

*kierowane do Ośrodka Pomocy Społecznej w Konstancinie-Jeziornie
celem przyznania usług opiekuńczych*

Imię i Nazwisko pacjenta: Wiek lat

Adres Zamieszkania:

Diagnoza-rozpoznanie:

Pacjent wymaga – nie wymaga – pomocy innych osób*

Konieczność Stosowania diety:

[] NIE [] TAK – jakiej?

Zdolność pacjenta do poruszania się po mieszkaniu:

W mieszkaniu:

- zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z inną osobą
- nie zdolny do poruszania się

W środowisku:

- zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z inną osobą
- nie zdolny do poruszania się

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała | <input type="checkbox"/> pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów |
| <input type="checkbox"/> opróżnianie cewnika | <input type="checkbox"/> oklepywanie |
| <input type="checkbox"/> podawanie leków | <input type="checkbox"/> inhalacje |
| <input type="checkbox"/> mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia | |

Inne, jakie

Pieczętka ZOZ:

Pieczętka 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*

***Właściwe podkreślić**