

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### KIEROWANE DO OPS CELEM PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Diagnoza-rozpoznanie

.....

.....

.....

.....

.....

Konieczność stosowania diety:

☐ tak ☐ nie

Jakiej?.....

Zdolność pacjenta do poruszania się:

**po mieszkaniu :**

☐ zdolny do poruszania się samodzielnie

☐ z użyciem sprzętu ortopedycznego

☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób

☐ niezdolny do poruszania się

**w środowisku:**

☐ zdolny do poruszania się samodzielnie

☐ z użyciem sprzętu ortopedycznego

☐ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób

☐ niezdolny do poruszania się

**Sytuacja rodzinna:**

☐ osoba samotna/samotnie gospodarująca

☐ posiadająca rodziną zamieszkałą oddzielnie

☐ zamieszkuje z rodziną

#### ZAKRES CZYNNOŚCI

☐ przygotowanie posiłków

☐ dostarczanie gotowych obiadów

☐ pomoc w spożywaniu posiłków

☐ przynoszenie opału/palenie w piecu

☐ utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia

☐ utrzymanie w czystości naczyń stołowych i kuchennych

☐ pranie bielizny osobistej

☐ robienie drobnych zakupów

☐ ustalanie wizyt lekarskich i badań

☐ realizacja recept

☐ załatwienie spraw urzędowych

☐ mycie ciała, głowy

☐ czesanie, golenie, obcinanie paznokci

☐ pomoc w załatwieniu potrzeb fizjologicznych

☐ układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji

☐ zapobieganie powstawaniu odleżyn

☐ zmiana pampersa

☐ zmiana bielizny osobistej i pościelowej

☐ ubieranie

☐ podawanie leków

☐ mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru

☐ spacer

☐ inne

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

.....

pieczęć i podpis lekarza