



Załącznik nr 1

Rawicz, dnia 20 r.

Zaświadczenie lekarskie

kierowane do M-GOPS w Rawiczu celem przyznania usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych (właściwie zaznaczyć)

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 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, pomoc przy zmianie pozycji ciała, [] opróżnianie worka urologicznego,

Pomoc w przygotowaniu i nadzór nad zażyciem leków, pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów,

mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, oklepywanie, inhalacje.

Pieczęć podmiotu leczniczego

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, ustala ich rodzaj, zakres, okres i miejsce świadczenia