

.....
Pieczęć ZOZ

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
W CELU PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek: lat

Adres zamieszkania:

Uzasadnienie potrzeby wsparcia usługami opiekuńczymi:

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

Czy pacjent posiada choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów/układów?

(Jeśli tak proszę wskazać jakie)?

.....
.....

Czy pacjent wymaga sprzętu ortopedycznego/rehabilitacyjnego niezbędnego do opieki lub zwiększającego samodzielność np. łóżko rehabilitacyjne, kule, chodzik itp. ?

(Jeśli tak proszę wskazać powód oraz rodzaj sprzętu)?

.....
.....

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

- ☐ Układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała
- ☐ Opróżnianie cewnika
- ☐ Podawanie leków
- ☐ Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów
- ☐ Mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia
- ☐ Oklepywanie
- ☐ Inhalacje
- ☐ Inne:

.....
Pieczęć i podpis lekarza