

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

ZAŚWIADCZENIE

”Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zalecaną przez lekarza pielęgniarzkę oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem: art. 50 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (tj Dz. U. z 2021, poz. 2268 ze zm.).

Zaświadcza się, że pacjent/ka:

Pan/i

zam.....

Rozpoznanie choroby

ze względu na stan zdrowia wymaga wsparcia w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w szczególności w zakresie*:

1. Utrzymania czystości w pokoju chorego i jego otoczenia.
2. Pomocy w utrzymaniu higieny osobistej tj. mycie, kąpanie.
3. Pomocy przy załatwieniu potrzeb fizjologicznych.
4. Układania chorego w łóżku, zapobieganie odleżynom, karmienie.
5. Przebieranie bielizny osobistej i pościelowej.
6. Zakupywania art. spożywczych oraz środków higieny osobistej.
7. Przygotowania posiłków z uwzględnieniem diety.
8. Podawani leków wg zaleceń lekarza.
9. Załatwiania spraw urzędowych (dokonywanie opłat za media, czynsz i inne).
10. Pomoc w dotarciu do placówki służby zdrowia.
11. Realizowania recept.
12. Przynoszenia opału, palenia w piecu.
13. Drobnych praniek, zanoszenia odzieży do pralni..

* zaznaczyć właściwe

.....
/pieczęć i podpis lekarza/