



.....
Pieczęć ZOZ

.....
Miejscowość, dnia.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
W CELU PRYZYCNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH
w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia w powiecie złotowskim ”**

Imię i nazwisko pacjenta:

.....
Data urodzenia

Wiek: lat

Adres zamieszkania:

.....
Diagnoza - rozpoznanie:

.....
Choroby onkologiczne

- Nie
 Tak

Konieczność stosowania diety:

- Nie
 Tak – jakiej?

Zdolności 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 cewnika
- Podawanie leków
- Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów
- Mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia
- Oklepywanie
- Inhalacje

Osoba niesamodzielna – osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

- Nie
 Tak

.....
Pieczęć i podpis lekarza