………………………………….. ...................................…………………….

 Pieczęć ZOZ Miejscowość, dnia.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**W CELU PRZYZNANIA 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