

.....
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