……………..……………….…………………

 (miejscowość i data)

………………………………………………

 (pieczęć POZ)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO M-GOPS W OBORNIKACH ŚLĄSKICH CELEM PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**Imię (imiona) i nazwisko pacjenta:** ……………………………………………………………………………………..

**PESEL** ……………….…..………………………………………………………………………….………………………………….

**Adres:** …………………………………………………………...……………………………………………………………………

**Diagnoza (rozpoznanie):** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Konieczność stosowania diety:**

[ ] nie

[ ] tak (jakiej?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Stan zdrowia pacjenta:**

[ ] wymaga doraźnej pomocy w formie usług opiekuńczych

[ ] nie wymaga doraźnej pomocy w formie usług opiekuńczych

**Zdolność do samodzielnego 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 i gospodarcze:**

[ ] układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała

[ ] Pomoc w utrzymaniu higieny ciała

[ ] pomoc w ubieraniu i rozbieraniu

[ ] pomoc w zaspakajaniu czynności fizjologicznych

[ ] mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia

[ ] pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków

[ ] zmiana pieluchomajtek

[ ] podawanie zleconych leków , zamawianie recept i wizyt lekarskich

[ ] kontakt z pielęgniarką środowiskową

[ ] zakupy

[ ] utrzymanie czystości otoczenia

[ ] pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków

[ ] inne ( wpisać inne przyczyny wskazujące na konieczność świadczenia usług opiekuńczych)………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

……………………………………………………………

 (pieczęć i podpis lekarza)

Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej

**Ośrodek Pomocy Społecznej, przyznając usługi opiekuńcze**

 **ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia zgodnie z własnymi możliwościami i zasobami**