

Dzierżoniów, dnia

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

"Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zalecaną przez lekarza pielęgniarkę oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem: art. (50 ust. 3 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 roku z późn. zmianami (tekst jednolity z 2020r. D z.U .z 2020 poz. 1876 ze zmianami):

Potwierdzam potrzebę pomocy usługowej w miejscu zamieszkania pacjenta / pacjentki:

(imię i nazwisko).....

zam.....

z powodu choroby (rozpoznanie).....

Wymaga wsparcia ze strony osoby drugiej 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 przepierek, zanoszenia odzieży do pralni.

* zaznaczyć właściwe

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)