

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA OSOBY WYMAGAJĄCEJ USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

IMIĘ, NAZWISKO: ..... WIEK .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

**ROZPOZNANIE****CHOROBA LUB WIEK POWODUJE KONIECZNOŚĆ WYKONYWANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH W ZAKRESIE:**

1. PODSTAWOWEJ PIELĘGNACJI, KTÓRA OBEJMUJE:
  - pomoc w utrzymaniu higieny ciała,  ubieraniu i rozbieraniu,  pomoc w przemieszczaniu,
  - pomoc w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków,
  - pomoc w zaspokajaniu czynności fizjologicznych
2. PODTRZYMANIA AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ, KTÓRA OBEJMUJE:
  - motywowanie do aktywności fizycznej,  pomoc w utrzymaniu więzi rodzinnych i społecznych
3. WSPIERANIU PROCESU LECZENIA, KTÓRY OBEJMUJE:
  - pomoc w dotarciu do zakładów opieki zdrowotnej,  umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarskich,
  - realizację recept, nadzór nad przyjmowaniem leków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - powiadamianie rodziny lub lekarza rodzinnego o istotnych zmianach w zachowaniu podopiecznego wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia
4. OKAZYWANIA WSPARCIA EMOCJONALNEGO W DOŚWIADCZENIACH EGZYSTENCJONALNYCH:
  - samotności, cierpieniu,  innych trudnych doświadczeniach życiowych
5. POMOCY W PROWADZENIU GOSPODARSTWA DOMOWEGO, KTÓRE OBEJMUJE:
  - zapewnienie posiłków,  załatwianie spraw urzędowych,  zakupy, utrzymanie czystości otoczenia,
  - zabezpieczenie ogrzewania,  zarządzania pieniędzmi, w zakresie jakim czynności te nie mogą być wykonywane przez podopiecznego i jego rodzinę
6. INNE (WPISAĆ INNE PRZYCZYNY WKAZUJĄCE NA KONIECZNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH  
.....

**Zaświadczenie będzie uwzględniane przez okres 1 roku od daty jego wystawienia.**

Miejscowość: .....

Data: .....

Podpis i pieczęć lekarza