………………………………….. …………………………………., dnia ………………………

 Pieczęć ZOZ

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**W CELU PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko pacjenta: …………………………………………………………………………………………………………………..

Wiek: …………………………………………………………………………………………………………………………………………… lat

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………..

Diagnoza - rozpoznanie: ….......................................................................................................................

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

.................................................................................................................................................................

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

………………………………………………….

 Pieczęć i podpis lekarza