

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE CELEM PRYZNANIA USŁUG OIPEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia częściowej opieki:

Stale TAK NIE

Okresowo TAK NIE

Konieczność stosowania diety:

NIE TAK – jakiej?

Zdolność pacjenta do poruszania się

Po mieszkaniu:

W środowisku:

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

- układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała,
- wymiana pampersów, utrzymywanie właściwej higieny
- podawanie leków,
- pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo- smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów,
- mierzenie temperatury ciała, tętna ciśnienia,
- oklepywanie,
- inhalacje,
- inne – jakie?

.....
Pieczęć ZOZ

.....
pieczęć i podpis lekarza

