

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UPOWAŻNIAJĄCE DO KORZYSTANIA Z USŁUG OPIEKUŃCZYCH

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Określenie jednostki chorobowej
-

/Proszę wypełnić przez postawienie krzyżyka w odpowiedniej rubryce/

Ocena stanu psychicznego i fizycznego pacjenta/pacjentki	PEŁNY	OGRANICZONY	BRAK
umiejętność własnej oceny sytuacji osobistej			
wzrok			
mobilność/chodzenie na ulicy			
mobilność/chodzenie w domu			
sprawność ruchowa			
panowanie nad zwierzętami			
odpowiedzialność osobista w prowadzeniu gospodarstwa domowego			
odpowiedzialność osobista w utrzymaniu higieny osobistej			

Czy pacjent/pacjentka wymaga usług opiekuńczych:**TAK / NIE**

*(właściwe zaznaczyć)

ZALECONA PRZEZ LEKARZA PIELĘGNACJA (pomoc niewymagająca specjalistycznej wiedzy i kompetencji)	TAK	NIE
przygotowanie i przyjmowanie leków		
pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków		
mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, glikemii, saturacji		
obserwacja stanu zdrowia oraz reagowanie, adekwatnie do potrzeb, w sytuacji jego pogorszenia		

UWAGI:

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data.....
Podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie