



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

**OŚRODEK POMOCY
SPOŁECZNEJ W ŻAROWIE**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
określające wymiar i zakres usług opiekuńczych**

Zaświadczam, że Pani/Pan

.....

ur. zam. w Żarowie.....

wymaga pomocy w formie

☐ usług opiekuńczych

☐ specjalistycznych usług opiekuńczych

☐ usług rehabilitacyjnych

☐ usług psychologicznych

ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH

I. Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych, w szczególności:

- a) utrzymywanie czystości i porządku w pokoju osoby chorej i w jej otoczeniu;
- b) utrzymywanie czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych;
- c) zakup artykułów spożywczych, chemicznych, kosmetycznych, leków i itp.;
- d) przygotowywanie stosownych posiłków;
- e) pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie, o ile wymaga tego jej stan zdrowia;
- f) przynoszenie opału, palenie w piecu;
- g) inne.....

II. Świadczenie podstawowej opieki higieniczno-sanitarnej, w szczególności:

- a) sianie łóżka;
- b) czynności pielęgnacyjne: utrzymanie higieny; mycie ciała, mycie głowy, kąpiel;
- c) zmiana bielizny osobistej i pościelowej;
- d) układanie osoby chorej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji;
- e) zapobieganie powstaniu odleżyn lub odparzeń;
- f) pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych;
- g) inne.....

III. Pielęgnacja zalecona przez lekarza

.....

.....

Żarów, dnia

.....
Pieczęć i podpis lekarza