

Kędzierzyn-Koźle, dnia

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu o konieczności przyznania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ze względu na stan zdrowi osoba:

nie wymaga **wymaga** pomocy w formie usług opiekuńczych*.

Choroba powoduje konieczność wykonywania usług opiekuńczych w zakresie:

1. podstawowej pielęgnacji:

pomoc w utrzymaniu higieny ciała

pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu

pomoc zaspokojeniu czynności fizjologicznych w tym zmiana pampersa

pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków

2. wspierania procesu leczenia:

nadzór nad przyjmowaniem leków zgodnie z zaleceniem lekarza

realizacja recept

umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarских

3. pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego:

zapewnienie posiłków (donoszenie posiłku z domu dziennego pobytu)

robienie drobnych zakupów

załatwianie spraw urzędowych

utrzymanie czynności otoczenia

zapewnienie ogrzewania

Pacjent objęty jest opieką pielęgnacyjną:

- pielęgniarки środowiskowej tak nie

- pielęgniarки długoterminowej tak nie

Osoba wymaga umieszczenia w ZOL-u: tak nie

.....
pieczętka lekarza

* Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.