

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Pesel: .....

Adres zamieszkania: .....

Osoba zamieszkująca samotnie: ☐ tak ☐ nie

Ze względu na stan zdrowia osoba:

☐ nie wymaga ☐ wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych\*

Ograniczenia w funkcjonowaniu, wynikające ze stanu zdrowia\*\*:

1. Osoba porusza się **samodzielnie / z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego / osoba leżąca**.
2. Osoba wychodząca na zewnątrz **samodzielnie / ze wsparciem / niewychodząca**.
3. Osoba **samodzielna / niesamodzielna** w czynnościach higienicznych.

Uwagi: .....

Pacjent objęty jest opieką pielęgniarzką:

- pielęgniarzki środowiskowej: ☐ tak ☐ nie
- pielęgniarzki długoterminowej: ☐ tak ☐ nie

Osoba wymaga umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym: ☐ tak ☐ nie

.....  
podpis i 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

\*\* niepotrzebne skreślić