Pieczątka zakładu leczniczego ……data…….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby wymagającej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko ……

Pesel……

Adres zamieszkania……...

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)
……
……
……

1. W/w osoba z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób w formie usług opiekuńczych*:

☐ nie wymaga

☐ wymaga

2. W/w osoba wymaga pomocy pielęgnacyjnej (niewymagającej specjalistycznej wiedzy i kompetencji):

☐ nie wymaga

☐ wymaga, w szczególności w:

- ☐ przygotowaniu i przyjmowaniu leków
- ☐ pielęgnacji miejsc zmienionych chorobowo – smarowaniu, wykonywaniu i zmiana drobnych opatrunków
- ☐ mierzeniu temperatury ciała, tętna, ciśnienia, glikemii, saturacji

Data……. ……..
Pieczęć i podpis lekarza

* Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby 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, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą 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.