

Pieczęć ZOZ:

Wołomin, dnia .....20 ..... r.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
KIEROWANE DO OPS CELEM PRZYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

Imię i nazwisko pacjenta: ..... wiek : ..... lat

Adres zamieszkania:

.....

Diagnoza – rozpoznanie: .....

.....

.....

Konieczność stosowania diety:

nie  tak – jakiej ?

.....

**Zdolność pacjenta do poruszania się**

<u>Po mieszkaniu:</u>	<u>w środowisku:</u>
<input type="checkbox"/> zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego	<input type="checkbox"/> zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
<input type="checkbox"/> zdolny do poruszania się z pomocą innych osób	<input type="checkbox"/> zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
<input type="checkbox"/> niezdolny do poruszania się	<input type="checkbox"/> niezdolny do poruszania się

**Zalecane czynności pielęgnacyjne:**

układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała,  opróżnianie worka urologicznego,  
 przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków,  pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo – smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, zakładanie kompresów i okładów,  
 mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia,  oklepywanie,  inhalacje.

Pieczęć i podpis lekarza