

.....
pieczętka placówki służby zdrowia

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające konieczność wykonywania usług opiekuńczych

Nazwisko i

imię.....

Data

urodzenia.....

.

zamieszkały(a).....

.....

Rozpoznanie.....

.....

Choroba powoduje konieczność wykonywania usług opiekuńczych w zakresie:

1. podstawowej pielęgnacji, która obejmuje: pomoc w utrzymaniu higieny ciała, ubieraniu i rozbieraniu, pomoc w zaspokojeniu czynności fizjologicznych, pomoc w przemieszczaniu, pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków*
2. podtrzymania aktywności społecznej, która obejmuje: pomoc w utrzymywaniu więzi rodzinnych i społecznych oraz motywowanie do aktywności fizycznej*
3. wspierania procesu leczenia, który obejmuje pomoc w dotarciu do zakładów opieki zdrowotnej, umawianiu wizyt lekarskich i pielęgniarskich, realizację recept, nadzór nad przyjmowaniem leków zgodnie z zaleceniem lekarza, powiadamianie rodziny lub lekarza rodzinnego o istotnych zmianach w zachowaniu podopiecznego wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia*
4. okazywania wsparcia emocjonalnego w doświadczeniach egzystencjonalnych: samotności, cierpieniu i innych trudnych doświadczeniach życiowych*
5. pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, które obejmuje zapewnienie posiłków, załatwienie spraw urzędowych, zakupy, utrzymanie czystości otoczenia, zabezpieczenie ogrzewania, zarządzania pieniędzmi, w zakresie jakim czynności te nie mogą być wykonywane przez podopiecznego i jego rodzinę*
6. inne**.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka lekarza

*właściwe zaznaczyć

**właściwe wpisać