………………………, dnia .........................................

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE

do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowince o konieczności świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

(na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.)

Zaświadcza się, że Pan/i................................................................................................................

PESEL ..........................................................................................................................................

Zamieszkała/y...............................................................................................................................

Rozpoznanie choroby....................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

ze względu na zły stan zdrowia wymaga pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w wymiarze …….. godzin dziennie\*/ tygodniowo\*/ miesięcznie\* w okresie od................................ do …………………..\*/ na stałe\*, w szczególności:

1. utrzymanie czystości w pokoju chorego i jego otoczeniu

2. zaopatrywanie w miarę potrzeb w art. spożywcze

3. przebieranie bielizny osobistej i pościelowej

4. pomoc choremu przy spożywaniu posiłków - karmienie chorego

5. przygotowywanie posiłków z uwzględnieniem diety zaleconej przez lekarza

6. prześcielenie łóżka

7. reprezentowanie chorego w urzędach - załatwianie spraw urzędowych

8. układanie chorego w łóżku

9. pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych

10. zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń

11. mierzenie temperatury

12. podawanie leków drogą doustną, wziewną (inhalacja)

13. pomoc choremu w czynnościach higienicznych (mycie chorego)

**Zaświadczenie wydaje się na okres od ……………………….. do …………………………**

......................................................

(pieczątka i podpis lekarza )

\*zaznaczyć właściwe