

....., dnia
(pieczętka 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, oparzeń
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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*zaznaczyć właściwe