

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć Przychodni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające konieczność przyznania usług opiekuńczych,
przez Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gostyniu

Imię i nazwisko PESEL:

Adres zamieszkania:

Diagnoza (w języku polskim), rozpoznanie:

.....
.....

Konieczność stosowania diety:* – nie

– tak, jakiej?

.....

Zalecane czynności pielęgnacyjne:*

- układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała,
- opróżnianie cewnika,
- zmiana pielucho-majtek,
- podawanie leków,
- pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo: smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych, opatrunków, zakładanie kompresów i okładów,
- mierzenie temperatury ciała, ciśnienia, poziomu cukru,
- oklepywanie,
- inhalacje,
- inne czynności, wynikające z uzasadnionych indywidualnych zaleceń lekarskich, będące uzupełnieniem w stosunku do pielęgnarskiej opieki środowiskowej, jakie?

.....
.....

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* - właściwe zaznaczyć