*pieczątka zakładu zoz/przychodni* ……………………………………………………….……………. *miejscowość, data*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia**

**potwierdzające konieczność korzystania z usług opiekuńczych**

**niezbędne w celu ustalenia przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czerwonaku**

**indywidualnego zakresu usług opiekuńczych**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko ………………………...……………………………………………………………………….. | |
| PESEL ……………………………………………… |  |
| Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………….. | |

**1.** Rozpoznanie choroby zasadniczej:

**2.** Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

**3.** Konieczność stosowania usług opiekuńczych w domu chorego: TAK / NIE

**4.** Jeśli tak, jakiego rodzaju usług?

- gospodarczo-organizacyjne (jakie?) ………………………...…………………………………………………………..………….………………

………………………...…………………………………………...……………………………………………………….…………………………………….…………..………………………...…………………………………………………….………………………………………………..…………..…………..………………….……..……..

- opiekuńczo-higieniczne (jakie?) ………………………...………..……………………………..……..…………………………………………

………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………..…………..……………………..………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………..…………..………………………………..

**5.** Jakie czynności pielęgnacyjne i usługi specjalistyczne pielęgniarskie wykonywane są zgodne z kompetencjami pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej ?

………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………..…………..……………………..……………………...……………………………………………………………………………………………………...…………..…………..……………………..……………………...……………………………………………………………………………………………………...…………..…………..…………………………………………..

Dane pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej:

………………………...……………………………………………………………………………………………………...…………..…………..……………………..……

**ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE DO** *(m-c, rok, data do … ?)*………………………………………

*pieczątka i podpis lekarza*