

Załącznik nr 1

do Procedury postępowania w sprawie
usług opiekuńczych i specjalistycznych
usług opiekuńczych w Gminnym Ośrodku
Pomocy Społecznej w Lubiczu

Pieczęć ZOZ:

dnia

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO OPS CELEM PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko pacjenta: Wiek: lat
Adres zamieszkania:

Diagnoza - rozpoznanie:

Konieczność stosowania diety: ☐ nie ☐ tak - jakiej?

Zdolność pacjenta do poruszania się po mieszkaniu:

zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego

tak ☐ nie ☐

zdolny do poruszania się z pomocą innych osób tak ☐ nie ☐

Zdolny do poruszania się w środowisku: tak ☐ nie ☐

zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego tak ☐ nie ☐

zdolny do poruszania się z pomocą innych osób tak ☐ nie ☐

niezdolny do poruszania się tak ☐ nie ☐

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

Czy pacjent wymaga specjalnych czynności pielęgnacyjnych w związku ze stanem zdrowia?

Tak ☐ nie ☐

Jeśli tak to jakich

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

Pieczęć i podpis lekarza