Załącznik nr 1 do *Procedury* *postępowania w sprawie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Lubiczu*

Pieczęć ZOZ: ………………………………. dnia ……………………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KIEROWANE DO OPS CELEM PRZYZNANIA 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:**

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