

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DO USTALENIA WSKAZAŃ DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

I. Ogólny opis sytuacji zdrowotnej:

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

II. Osoba wymaga/ nie wymaga* pomocy innych osób

III. Przedmiotowy zakres usług*:

1. Zaspokojenie potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych, w tym zalecana przez lekarza:

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

2. Zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych (nie zawierających opieki higienicznej i pielęgnacyjnej)

3. Zaspokojenie potrzeby utrzymania kontaktu z otoczeniem

*** właściwe podkreślić**

.....

Data i podpis lekarza