

„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE
USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ***

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

PESEL:

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

4. Zastosowane leczenie, rehabilitacja, pobyt w szpitalu

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, wskazane dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

6. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

7. W/w Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe zaznaczyć):

- przyjmowania pokarmów
- wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej
- poruszania się w środowisku
- prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprząatanie, pranie itp.)

8. **W/w Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia strefy emocjonalnej i wolicjonalnej (jakie):**

.....

.....

.....

9. W/w Pan(i) (właściwe zaznaczyć):

- może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania,
- może samodzielnie funkcjonować przy częściowej pomocy w formie usług opiekuńczych,
- nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu w miejscu zamieszkania - ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki osoby drugiej

„Zapewnienie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w postaci całodobowej opieki wytchnieniowej”

10. W/w Pan(i) aktualnie zażywa następujące leki (określony sposób dawkowania):

L.p.	NAZWA LEKU	SPOSÓB DAWKOWANIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

11. Zalecana dieta:

12. Nazwa, adres i numer telefonu do przychodni POZ, która sprawuje opiekę medyczną nad osobą z niepełnosprawnościami:

.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*** Zaświadczenie lekarskie musi być wypełnione w sposób, który umożliwi jego odczytanie.**