



„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 z niepełnosprawnościami 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. Używane przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

6. W/w Pan(i) porusza się:

- samodzielnie
- samodzielnie, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski, chodzika, osoby drugiej
- na wózku inwalidzkim,
- osoba całkowicie leżąca,

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

- przyjmowania/spożywania posiłków
- wykonywania czynności w zakresie higieny osobistej (m.in. mycie, kąpanie)
- ubierania się i rozbierania
- korzystania z toalety

8. Korzystanie z toalety:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kontrolowanie moczu | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> kontrolowanie stolca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> wymaga korzystania z pieluchomajtek | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
- rozmiar pieluchomajtek:

9. W/w Pan(i) przejawia znaczne zaburzenia strefy emocjonalnej i wolicjonalnej:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zaburzenia lękowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> zachowania autoagresywne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> zachowania agresywne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> nadmierne pobudzenie psychoruchowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> ataki paniki | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> inne – jakie: | | |

.....

.....

„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.**