Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji, uczestnictwa oraz wsparcia

 Pieczątka ZOZ lub praktyki lekarskiej …………………………. , dnia ……………………… 2024 r.
(Umowa z NFZ na świadczenie usług medycznych)

………………………………………………….….

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE CELEM PRZYZNANIA USŁUG** ASYSTENCKICH / OPIEKUŃCZYCH / SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**[[1]](#footnote-1)**

Imię i nazwisko pacjenta: ………………………………………………..……………………………PESEL: ………..…..……………..

Adres zamieszkania:………………………………………..…………………………..…………………………………………..............

Diagnoza - rozpoznanie: ……………………………………………..…………………….………….…..……………………….………………………………….……………………………………………….…………………..……….…………………..……….…….………………………………

**Konieczność stosowania diety:**

⬜ nie ⬜ tak – (proszę o wpisanie jakiej)

…….………….……………………………………………………………….…………………………………………………………….

**Zdolność pacjenta do poruszania się po mieszkaniu:**

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

⬜ zdolny do poruszania się z pomocą innych osób

⬜ niezdolny do poruszania się w środowisku:

⬜ niezdolny do poruszania się

**Zalecane czynności pielęgnacyjne:**

⬜ układanie chorego w łóżku, pomoc przy zmianie pozycji ciała, ⬜ opróżnianie cewnika, ⬜ podawanie leków, ⬜ pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo - smarowanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, ⬜ zakładanie kompresów i okładów,
⬜ mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia, ⬜oklepywanie, ⬜ inhalacje.

**Inne** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pieczęć i podpis lekarza:

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)