



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji, uczestnictwa oraz wsparcia

Pieczętka ZOZ lub praktyki lekarskiej
(Umowa z NFZ na świadczenie usług medycznych)

....., dnia 2024 r.

.....

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE CELEM PRZYZNANIA USŁUG
ASYSTENCKICH / OPIEKUŃCZYCH / SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH¹**

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