…….
/pieczątka Przychodni/ ……. ,dnia……..

Zaświadczenie lekarskie

dla osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy w formie usług opiekuńczych z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żninie wymagającej pielęgnacji.

1. Imię i Nazwisko ……

2. Adres zamieszkania…….….….

3. Rozpoznanie ……...…..

……..…

3. Konieczność stosowania diety:

( ) nie ( ) tak - jakiej……

---

4. Zalecane czynności pielęgnacyjne:

( ) rany przewlekłe takie jak …….....

…….

( ) rodzaj opatrunków……..

……..

( ) pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo……..

inne jakie ……..

……

Pieczątka i podpis Lekarza:

……..

Część II

9. Wykaz leków i dawkowanie:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10. Stosowane opatrunki na odleżyny i rany przewlekłe_____

_____

Pouczenie:
Część druga znajduje się w miejscu zamieszkania osoby korzystającej z usług opiekuńczych pod kartą pracy opiekunki świadczącej usługi.