.............................................................. Mikołów, dnia ……………

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

**do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mikołowie o konieczności przyznania usług opiekuńczych**

Imię i nazwisko:.........................................................................................................................

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

Zaświadcza się, iż w/w wymaga pomocy osób drugich w postaci usług opiekuńczych przez okres …….. miesięcy/trwale\*

Stan zdrowia wskazuje na konieczność wykonywania usług opiekuńczych w zakresie:

**Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych w szczególności w:**

* czynności związane z dostarczaniem produktów żywnościowych
* przygotowanie lub dostarczanie posiłków;
* pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie;
* czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymanie porządku i czystości w najbliższym otoczeniu;
* czynności związane z utrzymaniem czystości odzieży, bielizny osobistej, pościelowej, stołowej i ręczników;
* dokonanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych;
* czynności dotyczące prowadzenie spraw osobistych, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
* czynności dotyczące zagospodarowania w aktywny sposób czasu wolnego;
* pomoc przy przemieszaniu się;
* inne\*\*………………………………………………………………………………………

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

Przewidywana ilość godzin świadczonych usług tygodniowo ……………………………….. …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Opieka higieniczna, w szczególności:**

* czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej;
* pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych,
* zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności higieniczno – pielęgnacyjnych;
* pomoc przy ubieraniu się, zmianie bielizny osobistej;
* zmiana bielizny pościelowej;
* układanie osoby leżącej w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji;
* inne\*\*………………………………………………………………………………………

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

Przewidywana ilość godzin świadczonych usług tygodniowo ……………………………….. …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Pielęgnacja zalecona przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej.**

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

Przewidywana ilość godzin świadczonych usług tygodniowo ……………………………….. …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Zapewnienie kontaktów z otoczeniem w szczególności**:

* czynności wspomagające nawiązywanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną, osobami z bliskiego otoczenia osoby korzystającej z usług oraz społecznością lokalną ukierunkowane na budowanie sieci wsparcia dla osoby korzystającej z usług;
* czynności wspomagające uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej.
* inne\*\*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...

Przewidywana ilość godzin świadczonych usług tygodniowo ……………………………….. …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

………………………………

Pieczątka i podpis lekarza

\*właściwe zaznaczyć

\*\*właściwe wpisać