

ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia:.....

PESEL:.....

Miejsce zamieszkania:.....

Zaświadcza się, że pacjent/ka wymaga pomocy opiekunki/a domowej/ego

- w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. usługi gospodarcze)
- opiekę higieniczną
- zaleconą przez lekarza pielęgnacją*
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem

Usługi opiekuńcze winny być sprawowane w okresie:

od:do.....

w ilości.....

* w przypadku usług pielęgnacyjnych, które polegają na podawaniu leków zapisanych przez lekarza, wykonywaniu drobnych opatrunków czy pomocy przy usprawnianiu konieczna jest opinia (stanowisko) lekarza

OPINIA LEKARZA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)