

Zaświadczenie lekarskie dla osoby wymagającej usług opiekuńczych

Imię i nazwisko.....Data ur./ Pesel.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

.....

Choroba lub wiek powoduje konieczność wykonania usług opiekuńczych w zakresie:
(właściwe zaznaczyć)

- ☐ przygotowaniu i przyjmowaniu leków (załączeniu informacja o przyjmowanych lekach)
- ☐ pielęgnacji miejsc zmienionych chorobowo - smarowaniu, wykonywaniu i zmianie drobnych opatrunków,
- ☐ mierzeniu temperatury ciała, tętna, ciśnienia, glikemii, saturacji,
- ☐ obserwacji stanu zdrowia oraz reagowaniu, adekwatnie do potrzeb, w sytuacji jego pogorszenia;

Podpis i pieczęć lekarza

Informacja o dawkowaniu leków

Imię i nazwisko pacjenta.....

[illegible]