

**FORMULARZ WSKAZAŃ
DO ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

.....
/Imię i nazwisko pacjenta/

.....
/Adres zamieszkania/

I. Ogólny opis sytuacji zdrowotnej:

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

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:

- zdolny do poruszania się samodzielnie bez użycia lub z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
- niezdolny do poruszania się

II. Przedmiotowy zakres usług*:

1. Zaspokojenie potrzeb pielęgnacyjno - higienicznych
2. Zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych
3. Zaspokojenie potrzeby utrzymania kontaktu z otoczeniem

III. Zaświadczenie ważne do:

.....
/Data i podpis lekarza/

* w odpowiednim miejscu wpisać: „ x”