Łomża, dnia ….....

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE

do Centrum Usług Społecznych w Łomży o konieczności świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

(na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.- tekst jednolity - Dz. U. z 2026 r. poz. 639)

Zaświadcza się , że

Pan(i) ….....

PESEL …..... zamieszkały(a)

w Łomży ….....

Rozpoznanie choroby ….....

….....

ze względu na zły stan zdrowia wymaga pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w okresie …..... miesięcy*/ na stałe* w szczególności ;

1. utrzymywanie czystości w pokoju chorego i jego otoczeniu
2. przebieranie bielizny osobistej i pościelowej
3. przygotowanie posiłków z uwzględnieniem diety zalecanej przez lekarza
4. pomoc choremu przy spożywaniu posiłków - karmienie chorego
5. podawanie leków drogą doustną ,wziewną (inhalacja)
6. zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń
7. zakupywanie w miarę potrzeby art. żywnościowych, środków higieny osobistej
8. reprezentowanie chorego w urzędach - załatwianie spraw urzędowych
9. sprawowanie opieki nad podopiecznym w czasie jego wizyty u lekarza

….....
(pieczątka i podpis lekarza)

*zaznaczyć właściwe