Załącznik nr 6

do Formularza rekrutacyjnego

…………………………………….

 Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

…………………………, dnia ……………………

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chełmży o konieczności przyznania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

Imię i Nazwisko uczestnika projektu: ………………………………………………………….

PESEL: ………………………………….

Adres zamieszkania uczestnika projektu: ……………………………………………………...

Ze względu na stan zdrowia uczestnik projektu”

{ } wymaga { } nie wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych w następującym zakresie:

1. podstawowej pielęgnacji

{ } pomoc w utrzymaniu higieny ciała

{ } pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu

{ } pomoc w zaspakajaniu czynności fizjologicznych, w tym zmiana pampersa

{ } pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków

1. wspierania procesu leczenia:

{ } nadzór nad przyjmowaniem leków zgodnie z zaleceniem lekarza

{ } realizacja recept

{ } umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarskich

1. pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego:

{ } pomoc w przygotowaniu posiłków

{ } załatwianie spraw urzędowych

{ } utrzymanie czystości w mieszkaniu (mycie okien, mycie podłóg, odkurzanie,pracnie)

{ } palenie w piecu

 …………………………………….

 Pieczątka lekarza