WZÓR NR 6

**INDYWIDUALNY ZAKRES USŁUG OPIEKUŃCZYCH OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**............................................................................................................................................................**

Imię i nazwisko osoby objętej usługą

**...........................................................................................................................................................**

Adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres usług** |   |
| Podanie posiłków |   |
| Pomoc w spożywaniu posiłków |   |
| Nadzór w przyjmowaniu leków, zabiegi zlecone przez lekarza |   |
| Pomoc przy myciu chorego |   |
| Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzanie do toalety) |   |
| Zakładanie i zmiana pielucho - majtek/pampersa |   |
| Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń |   |
| Zmiana bielizny osobistej i w razie zabrudzenia w trakcie sprawowania opieki także pościelowej |   |
| Kontakt z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową w razie zaistnienia takiej potrzeby w trakcie sprawowania opieki |   |
| Czytanie |   |
| Spacer z chorym |   |
| **Inne:** |   |

Podpis osoby ubiegającej się o usługi opiekuńcze opieki wytchnieniowej.............................................

Sporządził .............................................

Stargard, dnia......................................