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