

.....
Pieczęć

....., dnia

SKIEROWANIE LEKARZA / SPECJALISTY

W CELU PRZYZNANIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek: lat

Adres zamieszkania:

Diagnoza - rozpoznanie:

.....
.....

Zalecenia w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych¹

A. pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

- ☐ pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- ☐ uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
- ☐ pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
- ☐ pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- ☐ w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- ☐ pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- ☐ pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych

Zalecenia.....

.....

Wymiar wsparcia:

.....

B. rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.):

- ☐ zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii
- ☐ współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Zalecenia.....

.....

Wymiar wsparcia:

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza/specjalisty

¹ Specjalistyczna usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania jest realizowana w oparciu o indywidualny plan pracy z osobą objętą usługami.