

**ZLECENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA na okres od
.....r. Dor.**

LP.	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	godz w dni ro- bocze	godz w dni wolne od pracy	ŁĄCZNA LICZBA GODZ. W M- CU.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
RAZEM:			0	0	0

Sporządził pracownik socjalny

Karta czynności – zakres wymaganych usług.

Pan/i
 zam.

osoba*: 1. samotna 2. samotnie gospodarująca 3. gospodarująca w rodzinie

Ocena sprawności *	
1/ osoba nie opuszcza samodzielnie łóżka	
2/ osoba opuszcza samodzielnie łóżko w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych	
3/ osoba porusza się po mieszkaniu z trudem	
4/ osoba samodzielnie porusza się po mieszkaniu	
5/ osoba wychodzi z domu z pomocą innej osoby	
6/ osoba wychodzi samodzielnie z domu	
7/ osoba uczestniczy w zajęciach ŚDS, WTZ	

ZAKRES WYMAGANYCH USŁUG*	
TOALETA	
TOALETA JAMY USTNEJ	
ZMIANA BIELIZNY POŚCIELOWEJ I OSOBISTEJ	
ZMIANA PIELUCHOMAJTEK	
KĄPIEL CAŁEGO CIAŁA	
ZMIANA POZYCJI CIAŁA / TOALETA PRZECIW ODLEŻYNOWA	
PRZYGOTOWANIE / PODANIE POSIŁKU/POJENIE	
PODANIE LEKÓW	
PODANIE LEKÓW W POSTACI WSTRZYKNIĘCIA LUB INNEJ	

ZMIANA OPATRUNKU	
POMIAR PARAMETRÓW	
ZAKUPY	
UTRZYMANIE POMIESZCZEŃ W CZYSTOŚCI	
ZAPEWNIENIE KONTAKTU Z LEKARZEM RODZINNYM I REALIZACJA RECEPT	
ORGANIZACJA CZASU WOLNEGO	
INNE	

* zaznaczyć odpowiednie

data..... podpis pracownika socjalnego