



....., dn. ....  
(miejscowość)

### ZAŚWIADCZENIE O NIESAMODZIELNOŚCI

(dot. osób ubiegających się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych/ usług opiekuńczych/ usług asystenckich)

Na podstawie wywiadu i obserwacji poświadczam, że Pan/Pani<sup>1</sup> .....  
.....PESEL .....

jest osobą niesamodzielną, gdyż ze względu na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność<sup>2</sup> wymaga/nie wymaga<sup>3</sup> opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego<sup>4</sup> oraz wymaga objęcia usługami: **usługami opiekuńczymi/ usługami asystenckimi**<sup>5</sup>.

**Zalecany rodzaj pielęgnacji:**.....  
.....  
.....

**Ww. osoba wymaga/nie wymaga<sup>6</sup> realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych.**

**Zalecany rodzaj pielęgnacji:**.....  
.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>4</sup> Wg Barthel podstawowe czynności w życiu codziennym to: spożywanie posiłków; przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem); utrzymanie higieny osobistej; korzystanie z WC; mycie, kąpiel całego ciała; poruszanie się po powierzchniach płaskich; chodzenie po schodach; ubieranie się i rozbieranie; kontrolowanie oddawania stolca; kontrolowanie oddawania moczu

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić. Można wybrać tylko jedną opcję wsparcia.

<sup>6</sup> Niepotrzebne skreślić. Może być świadczony tylko jeden rodzaj usług