Legnica, dnia .....

.....
(pieczątka poradni)

OPINIA LEKARZA PROWADZĄCEGO

Pan(i).....

Data urodzenia.....

Zamieszkały(a)Legnica, ul. .....

z uwagi na stan zdrowia wymaga pomocy osoby drugiej w zakresie (właściwe zakreślić)

1.Pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,

2. Opieki higienicznej, obejmującej zapewnienie higieny osobistej i higieny pomieszczeń,

3.Pielęgnacji (jeżeli osoba wymaga pielęgnacji należy podać zakres pielęgnacji, jak również wskazania dotyczącego jej wykonania)

4. Zapewnienia kontaktów z otoczeniem.

5. Czy osoba jest całkowicie niesamodzielna i w związku z jakimi niedomaganiami wynikającymi ze stwierdzonych chorób wymaga pomocy i opieki. Czy osoba wymaga opieki całodobowej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczątka i podpis lekarza)