

**SZCZEGÓŁOWY ZAKRES USŁUG OPIEKUNCZYCH**

sporządzony w dniu.....

**CZĘŚĆ I**

**1. Imię i nazwisko**

.....

**2. Adres zamieszkania**

.....

**3. Wiek** .....

**4. Sytuacja rodzinna\*:**

a) osoba samotna

b) osoba samotnie gospodarująca:

- mieszka sama

- mieszka z rodziną

c) osoba w rodzinie .....

**5. Poziom sprawności\*:**

.....

1) osoba leżąca:

a) nie opuszcza łóżka nawet w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych

b) opuszcza łóżko tylko w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych

2) nie wychodzi z domu samodzielnie:

a) z trudem porusza się po mieszkaniu

b) bez trudu porusza się po mieszkaniu

3) wychodzi z domu samodzielnie - wymaga pomocy w zaspakajaniu niektórych codziennych potrzeb życiowych.

**6. Osoby zaangażowane w pomoc w zaspokojeniu codziennych potrzeb życiowych:**

	Imię i nazwisko	(kim jest dla osoby, która ma zostać objęta pomocą?)	Charakter pomocy/częstotliwość
Rodzina			
Sąsiedzi			
Inne osoby			

\* zaznaczyć odpowiednie

## CZĘŚĆ II

### Ocena potrzeb w zakresie usług opiekuńczych\*\*

Czynności konieczne do zaspokojenia potrzeb osoby, która ma zostać objęta pomocą	Sposób zaspokajania					
	Samodzielnie	Z pomocą innych osób (podać kto pomaga - z wyłączeniem pomocy w ramach usług)	Pomoc w formie usług opiekuńczych			
			codziennie	ile razy w tygodniu	w innych terminach	Uwagi
Pomoc przy myciu/mycie						
Kąpanie						
Pielęgnacja włosów/golenie						
Układanie chorego w łóżku i pomaganie przy zmianie pozycji						
Zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń						
Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych						
Przesłanie łóżka						
Zmiana bielizny pościelowej						
Zmiana bielizny osobistej i przebieranie w czystą odzież						
Pomoc przy ubieraniu się						
Zakup w miarę potrzeb artykułów spożywczych (w sklepie najbliższym miejsca zamieszkania)						
Dostarczanie gotowych posiłków						
Pomoc przy przygotowywaniu posiłków						
Przygotowywanie posiłków (śniadanie - obiad - kolacja)						
Pomaganie przy spożywaniu posiłków						
Karmienie						
Utrzymanie w bieżącej czystości i porządku pomieszczeń użytkowanych przez osobę objętą pomocą ( sprząatanie - wietrzenie pomieszczeń - wycieranie kurzu - odkurzanie lub trzepanie dywanów - mycie podłóg - mycie okien (2 razy w roku) - wynoszenie śmieci						
Utrzymanie w czystości sprzętu codziennego użytku, urządzeń sanitarnych, sprzętu gospodarczego, naczyń stołowych i kuchennych						
Pranie bielizny osobistej, odzieży, ręczników, bielizny pościelowej oraz okresowo firan i zasłon						
Zanoszenie i odbiór rzeczy z pralni						
Zakup leków, środków czystości, artykułów przemysłowych, itp. (w sklepie i aptece najbliższych miejsca zamieszkania)						
Towarzyszenie w trakcie zakupów						

Załatwianie spraw bieżących np. zgłoszenie napraw urządzeń domowych, opłacanie rachunków i innych należności						
Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych – towarzyszenie w trakcie wizyt						
Zamawianie wizyt lekarskich - towarzyszenie w trakcie wizyt						
Pomoc w uzyskaniu dostępu do usług medycznych i rehabilitacyjnych						
Przynoszeniu opału i palenie w piecach						
Pomoc w opiece nad zwierzętami domowymi						
Pielęgnacja zalecona przez lekarza: nacieranie i oklepywanie, wykonywanie i zmiana drobnych opatrunków, okłady, kompresy inhalacje						
Przygotowanie i nadzór nad zażyciem leków						
Mierzenie temperatury, ciśnienia, poziomu cukru, opróżnianie worka urologicznego						
Towarzyszenie podczas spacerów, w drodze do i z placówek usługowych, kulturalnych i sportowo-rekreacyjnych, ośrodków wsparcia						
Pomoc w rozwijaniu indywidualnych zainteresowań, zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych						
Podtrzymywanie kontaktów z rodziną oraz otoczeniem						
<b>Inne, niezbędne do realizacji czynności</b>						

**Osoby wskazane do pierwszego kontaktu**

Nazwisko i Imię	<i>kim jest dla osoby, która ma zostać objęta pomocą?</i>	Nr telefonu

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\*\* na udostępnianie danych dotyczących mojej sytuacji osobistej, zdrowotnej oraz potrzeb w zakresie usług opiekuńczych realizatorowi usług opiekuńczych w celu świadczenia usług opiekuńczych oraz zakresie do tego niezbędnym. Mam świadomość, iż niewyrażenie zgody na przekazanie powyższych informacji może uniemożliwić świadczenie usług opiekuńczych.

.....  
(data i podpis klienta)

\*\* zaznaczyć odpowiedni wybór znakiem X

\*\*\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis i pieczęć pracownika socjalnego)

### CZĘŚĆ III

#### 1. Odpłatność za usługi opiekuńcze wynikająca z sytuacji dochodowej:

- a) bezpłatne
- b) odpłatne w..... %, tj, w kwocie..... zł za godzinę
- c) zwolnienie.....

#### 2. Zestawienie łączne wymiaru godzinowego usług:

.....raz/y/ w tygodniu po..... godzin/y/

.....raz/y/ w tygodniu po..... godzin/y/, w tym:

Dzień tygodnia	Wymiar godzin	Wymiar godzin po godz.15-tej
poniedziałek	.....godzin/y/	.....godzin/y/
wtorek	.....godzin/y/	.....godzin/y/
środa	.....godzin/y/	.....godzin/y/
czwartek	.....godzin/y/	.....godzin/y/
piątek	.....godzin/y/	.....godzin/y/
sobota	.....godzin/y/	
niedziela	.....godzin/y/	

.....  
(pieczęć i podpis pracownika socjalnego)