###### **Załącznik nr 8**

do załącznika nr 1

Zarządzenia Prezydenta Miasta Knurów

Nr 365/MOPS/2020

z dnia 19.11.2020 r.

Knurów, dnia ………………........

Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych uzgodniony z Panią/Panem

…………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Pielęgnacja- jako wspieranie procesu leczenia w tym:** | | TAK/NIE\* | |
| 1. | pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, |  |  |
| 2. | uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, |  |  |
| 3. | pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, |  |  |
| 4. | pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, |  |  |
| 5. | w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny, |  |  |
| 6. | pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, |  |  |
| 7. | pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych. |  |  |
| 8. | Inne zalecone przez lekarza  ……………………………………………………………………….. |  |  |

Podpis ……………………………………………………

\* Wstawić x przy wskazanej usłudze