######  **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