

Nazwisko

Siemianowice Śl., dn.

Imię

Adres

KATALOG USŁUG OPIEKUŃCZYCH (PODSTAWOWYCH)

Usługi opiekuńcze podstawowe	Proponowany czas trwania (minuty)	Częstotliwość wykonywania							
		Dziennie	Tygodniowo		Miesięcznie		Rocznie		Razem
			ilość	minuty	ilość	minuty	ilość	minuty	minuty
A. Opieka higieniczno-sanitarna:									
1. Mycie	R								
	P								
	W								
	I								
2. Kąpiel	R								
	P								
	W								
	I								
3. Mycie głowy, obcinanie paznokci, golenie, mycie zębów, czesanie	R								
	P								
	W								
	I								
4. Pomoc przy ubieraniu	R								
	P								
	W								
	I								
5. Zmiana pościeli	R								
	P								
	W								
	I								
6. Pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (w przypadku osób zanieczyszczających się należy uwzględnić mycie chorego, zmianę pampersa)	R								
	P								
	W								
	I								
7. Toaleta n/doleżniowa	R								
	P								

7. Toalety przydzielone	W									
	I									
8. Przesłanie łóżka	R									
	P									
	W									
	I									
9. Inne	R									
	P									
	W									
	I									
B. Pomoc w podtrzymywaniu psychofizycznej kondycji:										
1. Organizacja czasu wolnego	R									
	P									
	W									
	I									
2. Spacery	R									
	P									
	W									
	I									
3. Inne	R									
	P									
	W									
	I									
C. Usługi w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego:										
1. Sprząatanie	R									
	P									
	W									
	I									
2. Zabezpieczenie w opał: - przyniesienie - zakup	R									
	P									
	W									
	I									

3. Palenie w piecu	R									
	P									
	W									
	I									
4. Mycie okien, zmiana firan i zasłon	R									
	P									
	W									
	I									
5. Załatwianie czynności administracyjnych (m.in.: zamawianie wizyt lekarskich, regulowanie opłat)	R									
	P									
	W									
	I									
6. Pomoc w zakupach	R									
	P									
	W									
	I									
7. Dostarczanie posiłków	R									
	P									
	W									
	I									
8. Przygotowywanie posiłków: - śniadanie - obiad - kolacja	R									
	P									
	W									
	I									
9. Pomoc przy spożywaniu posiłków: - śniadanie - obiad - kolacja	R									
	P									
	W									
	I									
10. Podanie leków	R									
	P									
	W									
	I									
11. Pranie: - w domu - zanoszenie do pralni	R									
	P									
	W									
	I									
12. Inne	R									
	P									

12. III 16	W									
	I									
RAZEM:										

Data rozpoczęcia świadczenia usług:

Razem godzin:

Uwagi:

.....

.....

podpis pracownika socjalnego

.....

podpis podopiecznego

LEGENDA: R - rano, P - południe, W - wieczór, I - inne