

## KARTA INDYWIDUALNEGO ZAKRESU USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Imię i nazwisko osoby klienta : .....

Adres zamieszkania: .....

Sytuacja rodzinna:  osoba samotnie zamieszkująca osoba zamieszkująca z rodzinąSytuacja zdrowotna:  osoba poruszająca się samodzielnie osoba poruszająca się z pomocą osoba leżąca

Dzienna liczba godzin usług w dni: robocze ....., wolne ....., świąteczne .....		
<b>Zakres usług opiekuńczych</b>		Uwagi
utrzymywanie w czystości pomieszczeń osoby objętej usługami ( z wyłączeniem ciężkich prac porządkowych), wynoszenie śmieci, odkurzanie (raz w tygodniu lub według potrzeb), wycieranie kurzu (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), zmywanie podłogi (2 razy w tygodniu lub według potrzeb), mycie okien (2 razy w roku)	<input type="checkbox"/>	
utrzymywanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych (wanny/brodzika, muszli sedesowej, zlewu, baterii) i sprzętu sanitarnego (np. miednicy, kaczki/basenu, nocnika) oraz sprzętu pomocniczego ułatwiającego przemieszczanie się (np. wózka inwalidzkiego, podnośnika)	<input type="checkbox"/>	
pranie odzieży i bielizny pościelowej, prasowanie	<input type="checkbox"/>	
przynoszenie opału i palenie w piecu, wynoszenie popiołu w okresie zimowym	<input type="checkbox"/>	
dokonywanie zakupów artykułów spożywczych i innych niezbędnych w gospodarstwie domowym za środki pieniężne osoby objętej usługami lub towarzyszenie przy ich dokonywaniu	<input type="checkbox"/>	
przygotowywanie posiłków ( w tym jednego gorącego) z uwzględnieniem zalecanej diety i zachowaniem dbałości o higienę żywności oraz czystość naczyń stołowych i kuchennych lub dostarczanie posiłku	<input type="checkbox"/>	
pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie ( o ile wymaga tego stan zdrowia)	<input type="checkbox"/>	
pomoc przy ubieraniu się, zmiana bielizny osobistej i pościelowej	<input type="checkbox"/>	
prześcielenie łóżka	<input type="checkbox"/>	
pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (odprowadzenie do toalety, zakładanie i zmiana pieluchomajtek z uwzględnieniem czynności zapobiegających powstawaniu odleżyn i odparzeń)	<input type="checkbox"/>	
mycie ciała, głowy, pielęgnacja jamy ustnej, pielęgnacja włosów	<input type="checkbox"/>	
pomoc przy kąpieli	<input type="checkbox"/>	
golenie	<input type="checkbox"/>	
higiena paznokci rąk i nóg	<input type="checkbox"/>	

zgłaszanie wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zabiegów, realizacja recept za środki pieniężne osoby objętej usługami	[ ]	
załatwianie w razie potrzeby spraw urzędowych (lub towarzyszenie przy ich załatwianiu), uiszczanie opłat środkami pieniężnymi osoby objętej usługami	[ ]	
organizowanie/towarzyszenie podczas spacerów	[ ]	
inne	[ ]	

.....  
Data i podpis zleceniodawcy

.....  
Podpis klienta

.....  
Podpis zleceniobiorcy