

## ZAKRES ŚWIADCZEŃ PIELEGNACYJNO OPIEKUŃCZYCH

### I. Świadczenia podstawowe dla pacjentów komercyjnych

1. Opieka lekarska:
  - wizyta lekarska 1 x w tygodniu i zawsze w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia (przez całą dobę),
  - kontynuacja leczenia przewlekłego w oparciu o dostarczoną przez Zleceniodawcę dokumentację medyczną pacjenta.
2. Całodobowa opieka pielęgniarska w oparciu o opracowany plan pielęgnacji:
  - zabiegi higieniczne (kąpiel w wannie 1x w tygodniu, toaleta całkowita ciała 1x dziennie, toaleta częściowa wg potrzeb) – jeżeli wymaga pomocy osób trzecich,
  - pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego,
  - profilaktyka przeciwoleżynowa,
  - wykonywanie zleceń lekarskich.
3. Terapia zajęciowa:
  - organizacja czasu wolnego w ramach terapii grupowej
4. Psycholog:
  - wsparcie psychologiczne w razie potrzeby
5. Logopeda:
  - diagnoza logopedyczna przy przyjęciu pacjenta, w celu określenia potrzeb terapeutycznych
6. Pracownik socjalny:
  - świadczenia niemedyczne na rzecz pacjenta np. drobne zakupy, pomoc w prowadzeniu korespondencji, umożliwienie kontaktu telefonicznego z rodziną (5x w tygodniu)
7. Dietetyk:
  - wywiad żywieniowy i dobór diety przy przyjęciu pacjenta
8. Opieka duszpasterska:
  - możliwość uczestniczenia w liturgii
  - opieka duszpasterska 3 x w tygodniu

### II. Świadczenia dodatkowo płatne dla pacjentów komercyjnych\*

- |   |     |       |
|---|-----|-------|
| 1. koszt prania – ryczałt wg cennika usług,                             | TAK | NIE** |
| 2. rehabilitacja (1 godzina) – tworzy się pakiet z oferowanego zakresu, | TAK | NIE   |
| 3. terapia logopedyczna,  | TAK | NIE   |
| 4. leczenie odleżyn,  | TAK | NIE   |
| 5. indywidualna opieka pielęgniarki,                                    | TAK | NIE   |
| 6. indywidualna opieka opiekuna medycznego,                             | TAK | NIE   |
| 7. konsultacja lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji,             | TAK | NIE   |
| 8. diagnostyka (laboratorium, USG, RTG, TK, RM, itp.).                  | TAK | NIE   |

\*świadczenia płatne po wykonaniu usługi na koniec danego miesiąca

\*\*niepotrzebne skreślić

.....  
ZLECENIODAWCA/PACJENT  
(czytelny podpis)

.....  
FINANSUJĄCY  
(czytelny podpis)

 