**Załącznik nr 7**

**DZIENNIK CZYNNOŚCI ASYSTENCKICH**

1. Osoba starsza objęta usługami- nazwisko i imię:

2. Osoba świadcząca usługi asystenckie - nazwisko i imię, wzór podpisu, telefon:

|  |
| --- |
|  |

 Podpis

3. Inne osoby stale zaangażowane w sprawowanie opieki lub wspomagające (członkowie rodziny, sąsiedzi, wolontariusze)- nazwisko i imię, telefon

4. Pielęgniarka środowiskowa- nazwisko i imię, telefon

5. Lekarz prowadzący- nazwisko i imię, przychodnia, telefon

6. Pracownik socjalny- nazwisko i imię, telefon

7. Osoba do powiadomienia w nagłym wypadku- nazwisko i imię, telefon

**KARTA PRACY OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI ASYSTENCKIE DLA OSÓB STARSZYCH**

Zleca się osobie świadczącej usługi asystenckie:

świadczenie usługi u Pani/Pana:

zamieszkałej/zamieszkałego: Świętochłowice, ul.

miesiąc/rok

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Godziny od- do | Podpis osoby starszej lub członka rodziny |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |
| 31 |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

Stwierdzam obecność u osoby starszej

zgodnie z liczbą dni i godzin wymienionych Potwierdzam wykonanie pracy

w karcie pracy

…………………………………………….. …………………………………

WPISY POTWIERDZAJĄCE WYKONANIE CZYNNOŚCI ASYSTENCKICH

……………………………………………………….

(miesiąc, rok)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Wykonane czynności | Uwagi, spostrzeżenia, informacje dot. kontaktów, wizyt | Podpis osoby świadczącej usługi (dokonującej wpisu) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |

 ………………………………………….

 (podpis koordynatora usług społecznych)