

pieczęć przychodni

data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Zaświadcza się, że Pan(i)

Nr PESELzamieszkały (a).....

Ze względu na:

- zaburzenia psychiczne (rozpoznanie choroby)

- chorobę psychiczną (rozpoznanie choroby).....

wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Przedmiotowy zakres usług:

Lp	Przedmiot usług	Wpisać X
1	Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia /przygotowanie posiłków, sprzątanie mieszkania, pomoc w praniu, zakupach /	
2	Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia	
3	Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu	
4	Pomoc mieszkaniowa /pomoc w uzyskaniu mieszkania, wnoszenie opłat, organizacja drobnych remontów, kształtowanie właściwych relacji z sąsiadami/	
5	Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno – wychowawczych	

Zaświadczenie ważne do:.....

.....
pieczęć i podpis lekarza