

(pieczętka poradni)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pan(i).....

data urodzenia:.....,

zam. Legnica, ul.....

z uwagi na stan zdrowia wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie (właściwe zakreślić):

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

- kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania,
- interwencje i pomoc w życiu w rodzinie,
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,
- pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi;

2. pielęgnacja – jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

- pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich,
- pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
- pilnowanie przyjmowania leków,
- w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
- pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
- pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

3. rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu

w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581, ze zm.):

- zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
- współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno – terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych;

.....
pieczętka i podpis lekarza