.....
Przychodnia/ gabinet

.....
Miejscowość i data

Zaświadczenie Lekarskie

Do celów uzyskania pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Zaświadczam, że pacjent/pacjentka .....

Zamieszkały/a.....

Rozpoznanie.....

Wymaga zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 189.poz.1598 z 2005r) następujących usług:

1) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia

ogółem..... /godz./miesięcznie

2) 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. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.[3)]):

a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,

b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług

ogółem ..... /godz./miesięcznie

w tym :

terapia SI ...../ godz./miesięcznie

inne (jakie?)..... ...../ godz./miesięcznie

.....

Pieczęć i podpis lekarza