
(pieczęć zakładu leczniczego)

Krapkowice, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE KORZYSTANIA ZE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z
ZABURZENIAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO (ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI
SPOŁECZNEJ Z DNIA 22 WRZEŚNIA 2005 R.)

(ZADANIA ZLECONE)

Pani / Pan _____ zam. w _____

Rodzaj zaburzenia _____

Wpisano na podstawie: (właściwe podkreślić):

- badania;
- rozpoznania lekarskiego zawartego w dokumentacji medycznej;
- na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS;
- orzeczenia zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności;
- innego dokumentu (jakiego) _____

Zalecane rodzaje specjalistycznych usług:

- Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia w wymiarze tak nie
- Pielęgnacja w wymiarze tak nie
- Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w wymiarze tak nie
- Pomoc mieszkaniowa w wymiarze tak nie
- Zajęcia rehabilitacyjne i rewelidacyjno-wychowawcze (dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi) w wymiarze tak nie

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłużenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

(pieczęć i podpis lekarza)