

.....
(Pieczęć przychodni)

Zaświadczenie lekarza psychiatry/neurologa dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnicach dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko :.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:.....

1. Osoba posiada diagnozę w zakresie:

- a) choroby psychicznej
- b) upośledzenia umysłowego
- c) innych poważnych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna/neurologiczna:

.....
.....
.....

3. Przebieg leczenia:

- a) czy osoba była hospitalizowana TAK / NIE* Jeśli tak, to wypełnić poniższe punkty, (gdy informacje są dostępne)
- b) data pierwszej hospitalizacji
- c) data ostatniej hospitalizacji.....
- d) liczba hospitalizacji
- e) główne powody hospitalizacji

.....

4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i rokowania dotyczące stanu zdrowia:.....
.....
.....

5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w środowisku:
.....
.....
.....

6. Zalecenia lekarza dotyczące świadczenia specjalistycznych usług świadczonych w środowisku: (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 lipca 2006 zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych § 3.1 Specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi).

Proszę zaznaczyć poniższe punkty:

- a) uczenia i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia
- b) pielęgnacja-jako wspieranie procesu leczenia
- c) rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu **w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Zalecenia:

.....

.....

d) pomoc mieszkaniowa (m.in. w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat; w organizacji drobnych remontów, napraw, kształtowanie właściwych relacji z sąsiadami/gospodarzem domu)

7. Czy osobę skierowano do wskazanego specjalisty w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....

9. Zaświadczenie wydaje się do dnia.....

.....
(Miejscowość i data wystawienia zaświadczenia)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)