

.....
(pieczęć przychodni)

Opinia lekarza psychiatry/neurologa nt. dziecka dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chojnicach dotycząca specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci/młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania

Opinia lekarza jest wypełniania dopiero po uzyskaniu informacji ze szkoły/przedszkola

Imię i nazwisko dziecka:.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

1. Dziecko posiada diagnozę w zakresie: Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwą odpowiedź.

a) choroby psychicznej, jakiej

b) upośledzenia umysłowego, w jakim stopniu

c) innych poważnych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, jakich ?

.....
2. Zalecenia lekarza dotyczące zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, **w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art.7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego .**

Proszę zaznaczyć poniższe punkty:

a) **dziecko wymaga** skorzystania z pomocy w formie specjalistycznych usług (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).

- cel/obszar/zakres pracy specjalisty:

b) **dziecko nie wymaga** skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ponieważ pomoc organizowana przez szkołę/ przedszkole jest wystarczająca.

c) **dziecko nie wymaga** skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ponieważ ma możliwości uzyskania dostępu do zajęć w ramach NFZ w tym celu otrzymało skierowanie do:

OPINIĘ WYDAJE SIĘ NA OKRES DO DNIA

.....
(Miejscowość i data wystawienia opinii)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza psychiatry)