

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE  
dla dorosłych**

(§ 2 pkt 1-4 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie .....

**Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

Rodzaj usługi	W tym:	Ilość godzin w miesiącu ogółem
Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia	a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, b) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych c) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia d) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi	
pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia	a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny, f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;	

rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami <a href="#">ustawy</a> z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	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.	
pomoc mieszkaniowa	a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat, b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych, c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu.	

Zaświadczenie jest ważne na okres .....

.....  
Data i podpis lekarza/specjalisty