............................................................... Kędzierzyn-Koźle, dnia ...................................

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych

…………………………………………………………………………………………………… PESEL ………………………………………..

1. Osoba posiada diagnozę w zakresie:

 [ ] choroby psychicznej

 [ ] upośledzenia umysłowego

 [ ] 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.

1. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna/neurologiczna:

………………………………………………………………………………………………………………….........................................

…………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………...………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i rokowania dot. stanu zdrowia:

………………………………………………………………………………………………………………….........................................

………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….........................................

1. Zalecenia lekarza dotyczące świadczenia specjalistycznych usług świadczonych w środowisku:

 [ ] uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia.

 [ ] pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia.

 [ ] rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 2021 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zalecenia: …………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

……………………..………………………………

(podpis i pieczątka lekarza psychiatry/neurologa)