

.....
(pieczęć ogólna)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/i/

Zam... ..

PESEL, telefon kontaktowy.....

Rozpoznanie:.....
.....

Pan/i/ ze względu na stan zdrowia wymaga przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie (proszę zaznaczyć właściwe):

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia w tym zwłaszcza:

- kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz
- wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych,
- Pielęgnacja – jako wspieranie procesu leczenia.
- 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 (t.j. z 2008r. Dz.U. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

2. nie ma przeciwwskazań medycznych do:

- rehabilitacji ruchowej

ewentualne uwagi, zalecenia

.....
(pieczęć i podpis lekarza)