

.....
(pieczęć ogólna przychodni)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Pan/i/

Zam... ..

PESEL, telefon kontaktowy.....

Rozpoznanie:.....

.....

Pan/i/ ze względu na stan zdrowia:

1. wymaga przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie (skreślić niepotrzebne):
 - Uczenia i rozwijania 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
 - wspierania, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych,
 - Pielęgnacji – jako wspieranie procesu leczenia.
 - Rehabilitacji fizycznej i usprawniania 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.).
3. nie ma przeciwwskazań medycznych do rehabilitacji ruchowej
ewentualne uwagi, zalecenia
4. nie może opuszczać **samodzielnie** ośrodka opiekuńczego.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)