Mikołów., dnia ..................................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, że Pan/Pani ........................................................................................
zam. …..........................................................................................................................................

z uwagi na rodzaj schorzenia lub niepełnosprawność\* wymaga wsparcia w formie specjalistycznych usług opiekuńczych przez okres ............................................miesięcy/trwale

Ustalam dla w/wymienionego następujące specjalistyczne usługi opiekuńcze (**zaznaczyć właściwy zakres usług,** **pod każdym wskazanym punktem prosimy dopisać wymiar czasowy godzin specjalistycznych usług**):

1. **pielęgnację - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:**

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 ewentualnie 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;

**Wymiar czasowy specjalistycznych usług opiekuńczych:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015, poz. 581, z późn. zm.):**

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;

**Wymiar czasowy specjalistycznych usług opiekuńczych:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

 pieczątka i podpis lekarza

\*właściwe zaznaczyć