

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

#### **do Ośrodka Pomocy Społecznej w Bielawie o konieczności przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Pesel.....Adres zamieszkania:.....

Ze względu na zaburzenia psychiczne ( diagnoza - rozpoznanie):.....

**nie wymaga**  **wymaga** pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w wymiarze ..... godz. dziennie .....dni w tygodniu,

#### **w szczególności :**

uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia min:  *wsparcie w czynnościach gospodarczych i porządkowych*,  *dbałość o higienę i wygląd*,  *organizowanie czasu wolnego w miarę możliwości*,

pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,

pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi,

wspieranie procesu leczenia min:  *uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich*,  *pilnowanie przyjmowania leków*,  *pomoc w wykupowaniu leków* ,  *pomoc w użyciu środków pomocniczych, materiałów medycznych i przedmiotów ortopedycznych*

usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z zaleceniami lekarskimi, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego),

inne czynności zalecone przez lekarza .....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza psychiatry

Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  
**Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze , ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia**