

Data

pieczętka przychodni

ZAŚWIADCZENIE O KONIECZNOŚCI ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNYCH
USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻ Z ZABURZENIAMI
PSYCHICZNYMI INFORMACJA O PACJENCIE:

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Rozpoznanie (wpisać dokładne rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD-10

:.....

.....

.....

jest pacjentem Poradni.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze godzin tygodniowo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – (Dz.U. z 2005 r., Nr 189 poz.1598 z późn.zm.), wskazane jest objąć dziecko specjalistycznymi usługami opiekuńczymi na okres od..... dow ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (rodzaj usług określony w § 2 rozporządzenia) w ramach terapii :

1. Psychologicznej w wymiarzegodzin miesięcznie
2. Pedagogicznej w wymiarzegodzin miesięcznie
3. Logopedycznej w wymiarzegodzin miesięcznie
4. Trening umiejętności społecznych w wymiarzegodzin miesięcznie
5. Integracja sensoryczna w wymiarzegodzin miesięcznie
6. Biofeedback w wymiarzegodzin miesięcznie

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....

pieczętka i podpis lekarza