

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
DLA OSOBY WYMAGAJĄCEJ POMOCY  
W FORMIE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**  
/wypełnia lekarz psychiatra lub neurolog/

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania .....
3. Telefon .....
4. Rozpoznanie psychiatryczne .....
5. Inne choroby lub inwalidztwo .....
6. Od ilu lat choruje .....
7. Liczba hospitalizacji .....
8. Aktualny stan zdrowia .....
- .....
- .....
9. Zlecone leki i dawkowanie .....
- .....
- .....
10. Adres poradni i nazwisko lekarza prowadzącego .....
- .....
11. Czy w przeszłości były zachowania zagrażające dla pacjenta lub innych osób;  
tak / nie podaj jakie .....
12. Czy pacjent nadużywa alkoholu lub innych środków uzależniających tak / nie  
podaj od jakich środków .....
13. Inne ważne informacje i uwagi .....
- .....

.....

.....

DATA

pieczęć i podpis lekarza psychiatry, neurologa

Uwaga: Usługi specjalistyczne są przeznaczone dla osób przewlekle chorych psychicznie z zaburzeniami psychotycznymi endogennymi lub na tle organicznym i z trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu. (Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego)

- Warunkiem świadczenia usług w domu chorego jest jego świadoma zgoda na ich wykonywanie
- Zadaniem usług jest przede wszystkim stymulacja własnej aktywności i wspieranie samodzielności pacjenta - rehabilitacja, trening umiejętności życiowych ]Jedynie u chorych somatycznie lub w podeszłym wieku z przeciwwskazaniami lekarskimi do wysiłku, świadczenie może polegać na wykonywaniu za pacjenta codziennych czynności.