

Dzierżoniów, dnia

.....
(pieczęć publicznego zakładu opieki zdrowotnej)

Zlecenie specjalistycznych usług opiekuńczych

zgodnie z ROZPORZADZENIEM MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 22 września 2005r. W sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Z 2005r., Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.)

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
(adres zamieszkania)

.....
(rozpoznanie)

Ze względu na stan zdrowia (schorzenia, niepełnosprawność) zleca się korzystanie ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania w zakresie rodzajów zgodnie z § 2 Rozporządzenia (właściwe podkreślić):

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

- a. kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych
- b. interwencje i pomoc w życiu w rodzinie
- c. pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
- d. wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia
- e. pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi

2. pielęgnacja - 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 ewentualnych 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;

3. rehabilitacja fizyczna usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków (tekst jednolity : Dz. U. Z 2015r. poz. 581 ze zm.):

- a. zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
- b. współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego edukacyjno – terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług

3.pomoc mieszkaniowa, w tym:

- a.w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat;
- b.w organizowaniu drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych;
- c.kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu.

4.zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Oraz w zakresie posiadanych kwalifikacji ze względu na rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności zgodnie z art. 50 pkt. 4 ustawy o pomocy społecznej oraz § 3 Rozporządzenia (właściwe podkreślić):

- | | |
|--|--|
| -psychologa (.....h/tydzień) | -fizjoterapeuty (.....h/tydzień) |
| -pedagoga (.....h/tydzień) | -terapeuty zajęciowego (.....h/tydzień) |
| -logopedy (.....h/tydzień) | -pielęgniarki (.....h/tydzień) |
| -asystenta osoby niepełnosprawnej (.....h/tydzień) | -pracownika socjalnego (.....h/tydzień) |
| -opiekunki środowiskowej (.....h/tydzień) | |
| -lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi..... (.....h/tydzień) | |

Suma godzin/tydzień:.....

Zlecenie wydaje się na okres od.....r. do

Obejmuje dodatkową formę pomocy wymiar korzystania z innych systemów.

Dodatkowe wskazania:

.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)