

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Kędzierzyn-Koźle, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
o konieczności przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych – fizjoterapia w miejscu zamieszkania

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ze względu na stan zdrowia osoba:

☐ nie wymaga ☐ wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych*

Schorzenie powoduje konieczność świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie:

1. Osoba wymaga wsparcia fizjoterapeuty: ☐ tak ☐ nie
2. Osoba korzysta z fizjoterapii w ramach NFZ : ☐ tak ☐ nie

Osoba wymaga fizjoterapii w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 2021 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w miejscu zamieszkania:

☐ nie ☐ tak, w zakresie

.....

.....

.....

Pacjent objęty jest opieką pielęgniarzką:

– pielęgniarzki środowiskowej: ☐ tak ☐ nie

– pielęgniarzki długoterminowej: ☐ tak ☐ nie

Osoba wymaga umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym: ☐ tak ☐ nie

.....
podpis i pieczętka lekarza

* ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione. Specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić