

Wypełniony dokument należy dostarczyć do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu  
do dnia .....

Kędzierzyn-Koźle, dnia ..... roku .....  
.....  
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Potwierdzam odbiór dokumentu: .....  
.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

**Podmioty realizujące w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenia na rzecz  
dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle**

Podmiot realizujący	Adres	Realizowane świadczenia
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SensiMed Poradnia Zdrowia Psychicznego	ul. Judyma 4 47-220 Kędzierzyn-Koźle	- porady psychiatryczne - porady psychologiczne - porady psychoterapeutyczne - konsultacje lekarza psychiatry
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu	ul. Mikołaja Reja 2A 47-224 Kędzierzyn-Koźle	- terapia logopedyczna
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS	ul. Zwycięstwa 4 47-225 Kędzierzyn-Koźle	- kompleksowa rehabilitacja dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (działania z zakresu fizjoterapii wspomagane są terapią logopedyczną, neurologopedyczną, psychologiczną i terapią zajęciową)

Imię i nazwisko dziecka: ..... PESEL .....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego: .....

**1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SensiMed Poradnia Zdrowia Psychicznego**

Czy ww. dziecko jest objęte **wsparciem psychologa**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem: .....

- z ilu godzin miesięcznie dziecko korzysta z wsparcia: .....

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem psychologa: .....
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie: .....
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone wsparcie: .....

.....  
Pieczyć przychodni i podpis  
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

---

## 2. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu

Czy ww. dziecko jest objęte **terapią logopedyczną**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte ww. wsparciem: .....
- z ilu godzin miesięcznie dziecko korzysta z ww. wsparcia: .....

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte ww. wsparciem: .....
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie: .....
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone ww. wsparcie: .....

.....  
Pieczyć przychodni i podpis  
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

---

## 3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS

Czy ww. dziecko jest objęte wsparciem w formie **Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem: .....

- z jakiej formy wsparcia / terapii dziecko korzysta oraz z ilu godzin miesięcznie: .....  
.....  
.....  
.....

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem ww. Ośrodka: .....  
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie i jakie terapie mogą zostać zlecone: .....  
.....  
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone ww. wsparcie: .....

.....  
Pieczeń przychodni i podpis  
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....