Zmluva č. ................................

|  |
| --- |
| **INFORMÁCIA PRE LEKÁRA** |

***Vážená paní, vážený pán,***

rodina, ktorej dieťa je vo Vašej starostlivosti, prejavila záujem o službu včasnej intervencie. Služba včasnej intervencie sa vykonáva ambulantnou formou a terénnou formou a medzi odborné činnosti, ktorými sa napĺňa služby včasnej intervencie patria špecializované sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, komunitná rehabilitácia a vykonáva sa stimulácia komplexného vývinu dieťaťa a prevencia.

Zákon č.448/2008 určuje poskytovanie služby včasnej intervencie pre dieťa vo veku 0 – 7 rokov, ktorého vývin je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a pre rodinu dieťaťa. Poskytovanie služby je podmienené potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

 Mgr. Katarína Moncoľová

 zodpovedný zástupca služby včasnej intervencie

|  |
| --- |
| **ÚDAJE O DIEŤATI A RODINE** |
| Meno a priezvisko dieťaťa |  |
| Dátum narodenia  |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Meno a priezvisko rodiča |  |

|  |
| --- |
| **POTVRDENIE** **Popis zdravotného stavu dieťaťa** |
|   Podpis a pečiatka lekára ............................................................ |