

Ž I A D O S Ť

**O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU
V ZARIADENÍ OPATROVATEĽSKEJ SLUŽBY
A
LEKÁRSKY NÁLEZ**

Pečiatka

Deň podania žiadosti

1. Žiadateľ:.....			
priezvisko (prípadne rodné meno- podľa občianskeho preukazu)		meno	titul
2. Narodný:			
deň, mesiac, rok		miesto	okres
3. Bydlisko: PSČ: Telefón:			
4. Prechodný pobyt..... PSČ: Telefón:			
5. Štátna príslušnosť: národnosť:			
6. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): slobodný (á) <input type="checkbox"/>			
rozvedený (á), <input type="checkbox"/>		ženatý, vydatá, <input type="checkbox"/>	
žije s druhom, družkou <input type="checkbox"/>		ovdovený (á), <input type="checkbox"/>	
7. Ak je žiadateľ dôchodca - druh dôchodku:			
Číslo rozhodnutia: mesačne €			
8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený:			
zariadenie opatrovateľskej služby			<input type="checkbox"/>
forma sociálnej služby pobytová			<input type="checkbox"/>
9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby :			
.....			
.....			
10. Meno, priezvisko, titul a adresa zákonného zástupcu:			
.....			
..... Telefón:			
ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony, právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v:			
o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa:, číslo:			

• Vyplní žiadateľ o sociálnu službu	
11. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa, ak bude v zariadení poskytujúcom sociálnu službu umiestnený	
Meno, priezvisko a presná adresa :	
..... Telefón:	
12. Meno a presná adresa osoby (inštitúcie), ktorá má vybaviť pohreb :	
..... Telefón :	
13. Želanie žiadateľa v prípade úmrtia v zariadení poskytujúcom sociálnu službu . (* čo sa nehodí prečiarknite)	
Spôsob pohrebu: - uloženie do zeme *. Na cintoríne v okres:	
- spopolnenie *. Miesto uloženie urny	
- náboženské obrady cirkvi – uveďte cirkev	
- bez náboženských obradov	
- je žiadateľ členom Spolku žehu? Áno – nie*. Číslo legitimácie :	
14. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení poskytujúcom sociálnu službu?	
ÁNO – NIE *. (* čo sa nehodí prečiarknite) . Ak áno v ktorom?	
..... od do	
..... od do	
Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby :	

<p style="text-align: center;">LEKÁRSKY NÁLEZ NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU</p>	<p>Pečiatka</p>	<p>Občiansky preukaz žiadateľa: Číslo:.....séria: Rodné číslo žiadateľa: </p>
---	-----------------	--

Žiadateľ:.....

meno	priezvisko	(rodné meno u žien)
------	------------	---------------------

Narodený:

deň mesiac rok	miesto	okres
----------------------	--------	-------

Bydlisko:.....

miesto	ulica	číslo	PSČ	okres
--------	-------	-------	-----	-------

I. Anamnéza:

a) osobná (rodinná, pracovná, so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu,...) :

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):	
Výška :	Habitus:
Hmotnosť:	Orientácia:
BMI:	Poloha:
TK:	Postoj:
P:	Chôdza:
	Poruchy kontinencie:
II.A*	II.B*
<p>Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze to znamená</p> <ul style="list-style-type: none"> - pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA - pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea - pri hypertenzii stupeň podľa WHO - pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria) - pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie) - pri reumatických ochoreniach séropozitivita funkčné štádium - pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha) - pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria - pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález - pri mentálnej retardácii psychologický nález z vyšetrením IQ - pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález - pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález - pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia - pri fenylketonotúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález <p>*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevyplňuje sa fyziologický nález</p>	<p>Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a porázových stavoch</p> <p>a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou)</p> <p>b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko – rehabilitačný nález (FBLR nález) röntgenologický nález (Rtg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.</p> <p>*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia</p>
<p>Žiadateľ je / nie je schopný vlastnoručného podpisu.</p> <p>nehodí sa prečiarknite</p>	
<p>Žiadateľ vzhľadom na zdravotný a duševný stav si uvedomuje / neuvedomuje životnú situáciu.</p> <p>nehodí sa prečiarknite, v prípade ak si neuvedomuje životnú situáciu má sa za to, že nemôže konať bez opatrovníka alebo zákonného zástupcu</p>	
<p>Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)</p>	
<p>* Prílohy pre žiadateľa o pobytovú formu sociálnej služby:</p> <p>a) <u>popis rtg snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac</u>. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy</p> <p>b) <u>zvlášť psychiatrické vyšetrenie</u></p> <p>c) <u>výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo, BWR, HBsAg, HAV, HIV, HCV, TT, TN, TR</u></p>	
<p>Iné údaje:</p> <p>Dňa:</p> <p style="text-align: right;">pečiatka</p> <p style="text-align: center;">podpis lekára</p> <p style="text-align: center;">s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár)</p>	

POTVRDENIE O BEZINFEKČNOSTI

(nie staršie ako 7dní pred nástupom do zariadenia)

Menovaný(á).....rodená.....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Trvale bytom:.....

Nemal(a) nariadenú karanténu okresným hygienikom ani iným lekárom a prichádza do zariadenia opatrovateľskej služby z bezinfekčného prostredia.

V.....dňa.....

.....

Podpis a pečiatka lekára