

## **ŽIADOSŤ**

### **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. Narodený: ..... deň, mesiac, rok	miesto	okres
3. Bydlisko: ..... PSČ: ..... Telefón: .....		
4. Prechodný pobyt..... PSČ: ..... Telefón: .....		
5. Štátnej príslušnosť: ..... národnosť: .....		
6. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): slobodný (á) rozvedený (á), žije s druhom, družkou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ženatý, vydatá, ovdovený (á), <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Ak je žiadateľ dôchodca - druh dôchodku: .....		
Číslo rozhodnutia: ..... mesačne € .....		
8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený: zariadenie opatrotvateľskej služby forma sociálnej služby pobytová	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu sociálnej služby v zariadení opatrotvateľskej 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: .....		

• **Vyplň žiadateľ o sociálnu službu**

11. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa, ak bude v zariadení poskytujúcim 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 poskytujúcim sociálnu službu . (* čo sa nehodí prečiarknite) Spôsob pohrebu: - uloženie do zeme *. Na cintoríne v ..... okres: ..... - spoplnenie *. Miesto uloženie urny ..... - náboženské obrady cirkev – uveďte cirkev ..... - bez náboženských obradov ..... - je žiadateľ členom Spolku žehu? Áno – nie*. Číslo legitimácie : .....
14. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení poskytujúcim sociálnu službu? ÁNO – NIE *. (* čo sa nehodí prečiarknite) . Ak áno v ktorom? ..... od ..... do ..... ..... od ..... do .....
Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby : .....

15. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: (manžel(ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta a iní...)

Meno, priezvisko a titul	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Celý dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

16. Manžel(ka), rodičia, deti, bývajúci mimo spoločnej domácnosti

Meno, priezvisko a titul	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Celý dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

17. Ak je žiadateľ bezdetný, kontaktné údaje na príbuzných

Meno, priezvisko a titul	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Celý dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

18. Prečo rodinní príslušníci nemôžu poskytovať potrebnú starostlivosť žiadateľovi? :

.....  
.....

19. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu) :

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/la/ podľa skutočnosti. V prípade uvedenia nepravdivých údajov som si vedomý/á/ právnych dôsledkov z toho vyplývajúcich.

Týmto udeľujem výslovny súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Trnava a Stredisku sociálnej starostlivosti, VI. Clementisa 51, 917 01 Trnava, podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v kapitole III Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). Správnosť údajov uvedených v žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa: .....

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

\* V žiadosti je potrebné vyplniť všetky položky!

<b>LEKÁRSKY NÁLEZ</b>  <b>NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA SOCIALNU SLUŽBU</b>	Pečiatka	<b>Občiansky preukaz žiadateľa:</b> <b>Číslo:.....séria: .....</b>  Rodné číslo žiadateľa: .....		
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\***

**Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze to znamená**

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štadium NYHA
  - pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štadium podľa Fontainea
  - pri hypertenzii stupeň podľa WHO
  - pri plúcnych ochoreniach funkčné plúcne vyšetrenie ( spirometria )
  - pri zažívacích ochoreniach ( sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie )
  - pri reumatických ochoreniam séropozitivita funkčné štadium
  - 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 ochoreniam priložiť odborný nález
  - pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia
  - pri fenylketonotúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález
- \*lekar vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález**

**II.B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

- a) popís hybnosť v postihнутej časti s funkčným vyjadrením ( goniometria v porovnaní s druhou stranou )
- 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.

**\*lekar vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia**

Žiadateľ je / nie je schopný vlastnoručného podpisu.

nehodiace sa prečiarknite

Žiadateľ vzhľadom na zdravotný a duševný stav si uvedomuje / neuvedomuje životnú situáciu.

nehodiace sa prečiarknite, v prípade ak si neuvedomuje životnú situáciu má sa za to, že nemôže konať bez opatrovníka alebo zákonného zástupcu

**Diagnostickej záver** ( podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením )

**\* Prílohy pre žiadateľa o pobytovú formu sociálnej služby:**

- a) popis rtg snímku plúc nie starší ako 1 mesiac. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie príslušného odborného lekára pre choroby plúc a tuberkulózy
- b) zvlášť psychiatrické vyšetrenie
- c) výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo, BWR, HBsAg, HAV, HIV,HCV, TT, TN, TR

Iné údaje:

Dňa: .....

pečiatka

podpis lekára

s ktorým má fyzická osoba uzavorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár)

## 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