

**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. Narodený: .....			
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: .....			

<b>• Vyplní žiadateľ o sociálnu službu</b>	
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 : .....	





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:
<b>II.A*</b> <b>Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze to znamená</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA</li> <li>- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea</li> <li>- pri hypertenzii stupeň podľa WHO</li> <li>- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie ( spirometria )</li> <li>- pri zažívacích ochoreniach ( sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie )</li> <li>- pri reumatických ochoreniach séropozitivita funkčné štádium</li> <li>- pri diabete dokumentovať komplikácie ( angiopatia, neuropatia, diabetická noha )</li> <li>- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria</li> <li>- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález</li> <li>- pri mentálnej retardácii psychologický nález z vyšetrením IQ</li> <li>- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález</li> <li>- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález</li> <li>- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia</li> <li>- pri fenylketonotúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález</li> </ul> <b>*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevyplňuje sa fyziologický nález</b>	<b>II.B*</b> <b>Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a porázových stavoch</b> <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> <b>*lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia</b>
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	
<b>Diagnostický záver ( podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením )</b>	
<b>* Prílohy pre žiadateľa o pobytovú formu sociálnej služby:</b> a) <u>popis rtg snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy</u> b) <u>zvlášť psychiatrické vyšetrenie</u> c) <u>výsledky vyšetrenia na bacilonosičstvo, BWR, HBsAg, HAV, HIV, HCV, TT, TN, TR</u>	
Iné údaje:	
Dňa: .....	
podpis lekára	
pečiatka	
s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú 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