**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. § 92 ods. 2 a 7

**Druh sociálnej služby o ktorú občan žiada: ............................................................................**

**...............................................................** (domáca opatrovateľská služba, umiestnenie v  zariadení pre seniorov, v zariadení opatrovateľskej služby, v dennom stacionári).

**Forma sociálnej služby: (ambulantná, terénna, pobytová) ....................................................**

**Meno a priezvisko: .....................................................................................................................**

**Dátum narodenia: .....................................................................................................................**

**Trvalý pobyt: .............................................................................................................................**

**Rodinný stav: ..............................................................................................................................**

**Štátne občianstvo: ......................................................................................................................**

**Dátum vydania posudku z ÚPSVaR: .......................................................................................**

(vyplní sa iba v prípade, že občanovi bol takýto posudok vydaný)

**Telefónny kontakt žiadateľa (+ rodinného príslušníka s uvedením príbuzenského vzťahu k žiadateľovi) :**

**......................................................................................................................................................**

Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti je lekársky nález, ktorý vypĺňa ošetrujúci lekár a slúži na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.Zároveň môžu byť priložené aj ostatné lekárske správy od odborných lekárov, prepúšťacie správy nie staršie ako 6 mesiacov od podania žiadosti o posúdenie.

Zoznam priložených lekárskych správ (zoznam vypĺňa pracovník MsÚ Senica):

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

**Vyhlásenie**

Som si vedomý /á/ právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov v tejto žiadosti.

**Dátum ............................................. ...........................................................**

**podpis žiadateľa alebo zákonného zástupcu**

**\*** Ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže túto žiadosť v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať aj iná fyzická osoba. (§ 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z.)

**.....................................................................................................................................................................................**

**adresa mesta/obce**

**LEKÁRSKY NÁLEZ**

**na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa zákona**

**č. 448/2008 Z. z.**

**Podľa § 97 ods. 1 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytnúť súčinnosť obci a bezplatne podať oznámenia a informácie o zdravotnom stave žiadateľa, ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.**

**Meno a priezvisko: ...............................................................................................................................................**

**Dátum narodenia: ..............................................................................................................................................**

**Bydlisko: ..............................................................................................................................................**

**Vyhlásenie**

Som si vedomý (á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov v tejto žiadosti. Súhlasím s použitím osobných údajov uvedených v tejto žiadosti na účely spracovania v informačných systémoch.

**Dátum ................................**

**.........................................................................**

**Podpis žiadateľa alebo zákonného zástupcu**

**I. ANAMNÉZA:**

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

b) subjektívne ťažkosti:

**II. OBJEKTÍVNY NÁLEZ:**

Výška: Hmotnosť: BMI: TK: P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

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 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 s 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 fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

**–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––-––**

**\***Lekár 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) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),

b) priložiť ortopedický, neurologický, FBLR, RTg, EMG, EEG, CT, NMR nález, denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

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

**III. Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ......................................... dátum ................................

...................................................

podpis lekára, ktorý lekársky nález

vypracoval a odtlačok jeho pečiatky