

Mesto Hurbanovo

ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKAZANOSTI NA SOCIÁLNU
SLUŽBU

A

LEKÁRSKY NÁLEZ
NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI NA
SOCIÁLNU SLUŽBU

Adresa: Mestský úrad Hurbanovo, Komárňanská 91, 947 01 Hurbanovo
Telefón: 035/3700223, 035/3700222
E-mail: mesto.hurbanovo@hurbanovo.sk

Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

1. Žiadateľ

Meno a priezvisko, titul	
Rodné priezvisko (u žien)	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu	
Adresa prechodného pobytu	
PSC	
Telefón	
e-mail	
Štátne občianstvo	
Kontaktná osoba	
Adresa kontaktnej osoby	
Telefón	

2. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite)

slobodný/á	<input type="checkbox"/>
ženatý	<input type="checkbox"/>
vydatá	<input type="checkbox"/>
rozvedený/á	<input type="checkbox"/>
ovdovený/á	<input type="checkbox"/>
Žijem s druhom (s družkou)	<input type="checkbox"/>
Meno a priezvisko, titul	
Adresa trvalého pobytu	

3. Žiadateľ je dôchodca

Druh dôchodku	
---------------	--

4. Životné povolanie

Povolanie	
Zájmy žiadateľa	

5. Bytové pomery

Hodiace sa zaškrtnite	
vo vlastnom dome	<input type="checkbox"/>
vo vlastnom byte	<input type="checkbox"/>
počet obytných miestností	
v podnájme	<input type="checkbox"/>
počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti:	

6. Vybraná sociálna služba (hodiace sa zaškrtnite)

Opatrovateľská služba	<input type="checkbox"/>
Zariadenie opatrovateľskej služby – ZOS	<input type="checkbox"/>
Zariadenie pre seniorov	<input type="checkbox"/>
Denný stacionár	<input type="checkbox"/>
Ďalšie činnosti podľa § 18	<input type="checkbox"/>

7. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)

Denný pobyt	<input type="checkbox"/>
Týždenný pobyt	<input type="checkbox"/>
Celoročný pobyt	<input type="checkbox"/>

8. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony

Meno a priezvisko, titul	
Adresa trvalého pobytu	
Telefón	
e-mail	

9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby

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

10. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti

(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, súrodenci)			
Meno a priezvisko	Meno a priezvisko	Meno a priezvisko	Meno a priezvisko

11. Rodinní príslušníci žiadateľa mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko	Meno a priezvisko	Meno a priezvisko	Meno a priezvisko

12. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?

.....
.....

13. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy?

Áno <input type="checkbox"/>	druh služby:
Nie <input type="checkbox"/>	
Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby:	
.....	
.....	

14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Komárno, so sídlom Nám. gen. Klapku 1, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“), ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o 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 § 27 zákona číslo 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov.

Dňa

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko, titul	
Dátum narodenia	
Adresa trvalého pobytu	
Telefón	
e-mail	

I. Anamnéza:

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

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:

Výška	Hmotnosť	BMI (body mass index)	TK (krvný tlak)	P (pulz)

Habitus	
Orientácia	
Poloha	
Postoj	
Chôdza	
Poruchy inkontinencie	

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 séropozitívnosť, 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, 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.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

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

Hurbanovo dňa

.....
 podpis lekára, ktorý lekársky nález
 vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka: Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhradza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

Vyjadrenie žiadateľa

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho posudku na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý(á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

Hurbanovo dňa

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu