

# **Mesto Hurbanovo**

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI  
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

**A**

**LEKÁRSKY NÁLEZ  
NA ÚČELY POSÚDENIA ODKÁZANOSTI  
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

# ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

## 1. Žiadateľ:

Meno a priezvisko	
Rodné priezvisko	
Dátum narodenia	
Rodné číslo	
Číslo občianskeho preukazu	
Štátne občianstvo	
Adresa trvalého pobytu	
Ulica	
Mesto	
PSČ	
Okres	
Telefón	
E-mail	
Adresa prechodného pobytu	
Ulica	
Mesto	
PSČ	
Okres	
Kontaktná osoba	
Adresa kontaktnej osoby	
Telefón	

## 2. Rodinný stav (hodiace sa podčiarknite):

slobodný (-á)

ženatý

vydatá

rozvedený (-á)

ovdovený (-á)

žijem s druhom (družkou)

Meno a priezvisko	
Adresa trvalého pobytu	

## 3. Ak je žiadateľ dôchodca:

Druh dôchodku	
---------------	--

**4. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa podčiarknite):**

zariadenie pre seniorov,  
zariadenie opatrovateľskej služby,  
denný stacionár,  
opatrovateľská služba,  
ďalšie činnosti - § 18

**5. Forma sociálnej služby (hodiace sa podčiarknite):**

denný pobyt,  
týždenný pobyt,  
celoročný pobyt

**6. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

**Zákonný zástupca**

Meno a priezvisko	
Adresa trvalého pobytu	
Ulica	
Mesto	
PSC	
Okres	
Telefón	
E-mail	

**7. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: .....

---

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

**8. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestskému úradu Hurbanovo, ul. Komárňanská č. 91, 947 01 Hurbanovo podľa zákona č. 428/2008 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 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 § 20 zákona číslo 428/2008.

Dňa: .....

---

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

**9. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Dňa: .....

---

pečiatka a podpis lekára

# 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	
Rodné priezvisko	
Dátum narodenia	
Adresa trvalého pobytu	
	Ulica
	Mesto
	PSČ

## 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:	P:

Habitus:	
Orientácia:	
Poloha:	
Postoj:	
Chôdza:	
Poruchy inkontinencie:	

### II A<sup>\*)</sup> 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 fenylketonúrií a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

**II A<sup>\*)</sup>** *Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.*

**II B\*) Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a pourazových stavoch**

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko - rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

**II B\*)** *Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.*

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

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. 455/1991Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.*

**Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom **Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezu 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.

V ....., dňa .....

---

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