**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o  sociálnych službách a  o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnych službách

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá má byť posúdená** | |  | |
| **Dátum narodenia/ rodné číslo** | |  | |
| **Adresa trvalého pobytu** | |  | |
| **Korešpodenčná adresa** | |  | |
| **Štátne občianstvo** | |  | |
| **Rodinný stav** | |  | |
| **Kontaktná osoba** | |  | |
| **Telefónne číslo** | |  | |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená**  (druh vyznačte symbolom „X“) | | | |
| **zariadenie pre seniorov** | | |  |
| **zariadenie opatrovateľskej služby** | | |  |
| **denný stacionár** | | |  |
| **Forma sociálnej služby**  (vhodné podčiarknite) | | | |
| **ambulantná terénna pobytová** | | | |
| **Zákonný zástupca posudzovaného, ak nie je posudzovaný spôsobilý na právne úkony** | | | |
| **Meno a priezvisko** |  | | |
| **Adresa** |  | | |
| **Tel. kontakt** |  | | |
| Poznámka:  K žiadosti je potrebné doložiť doklad preukazujúci uvedenú skutočnosť. | | | |
| **Čestné vyhlásenia žiadateľa o pravdivosti a úplnosti údajov uvedených v žiadosti** | | | |
| Čestne vyhlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych  následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.      V dňa  vlastnoručný podpis osoby, ktorej sa má poskytovať  sociálna služba (zákonného zástupcu)    Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosťo posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, môže v jeho mene a s jeho súhlasom a na základe potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť aj iná fyzická osoba. Potvrdenie je potrebné priložiť k tejto žiadosti. | | | |

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov súhlas Obci Palárikovo, so sídlom Obecný úrad, Hlavná č. 82, 941 11 Palárikovo so spracovaním mojich osobných údajov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a vedenia evidencie poskytovania sociálnej služby v súlade so zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov a s osobitnými právnymi predpismi v oblasti archívnictva a registratúry.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu žiadateľa)

**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 ( „ ďalej len zmluvný lekár“).

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

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

Bydlisko: ......................................................................................

**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 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 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**

1. popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
2. 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.
  + 1. **Diagnostický záver** (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

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

podpis lekára, ktorý lekársky nález

vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

**Vyjadrenie žiadateľa :**

Bol (a) som oboznámený (á) s obsahom Lekárskeho nálezu 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.

V dňa :

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

čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu), ktorý žiada

o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu