

O B E C Z E M N Ě

Ž I A D O S Ť O P O S Ů D E N I E O D K Á Z A N O S T I N A S O C I Á L N U S L U Ž B U A L E K Á R S K Y N Á L E Z

Adresa:
Obecný úrad
941 22 Zemné
Tel.: 035/6476 101

1/ Údaje o fyzickej osobe (žiadateľovi), ktorej sa má poskytovať sociálna služba:

Meno a priezvisko, titul:		
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	Číslo OP:
Adresa trvalého pobytu:		
Adresa prechodného pobytu:		
Rodinný stav:	Štátne občianstvo:	
Sociálne postavenie:		

2/ Údaje zákonného zástupcu (vyplní sa v prípade, ak osoba, ktorej sa má sociálna služba poskytovať, nie je spôsobilá na právne úkony)

Meno a priezvisko, titul:
Adresa trvalého pobytu:
Dôvod zastúpenia:

3/ Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená

- zariadenie pre seniorov
- opatrovateľská služba

- týždenný pobyt
- celoročný pobyt
- denný pobyt

4/ Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku

5/ Odôvodnenie poskytovania sociálnej služby

--

6/ Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy?

--

7/ Vyhlásenie žiadateľa

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

V dňa

.....
podpis žiadateľa
(resp. zákonného zástupcu žiadateľa)

8/ Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Zemné, 941 22 Zemné podľa zákona č. 428/2002 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 428/2002.

V 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

V dňa :

.....
Pečiatka a podpis lekára

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 odst. 3 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 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. 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, fyziatrisko-rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG) , počítačová tomografia (CT), nukleárna magnetická rezonancia (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze.

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

V dátum

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

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