|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci** | | |
| Podľa ustanovenia § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z.). | | |
|  |  |  |
| **Osobné údaje žiadateľa:** |  |  |
| Titul: |  |  |
| Meno: | Priezvisko: | |
| Dátum narodenia | Rodné číslo: | |
| **Adresa trvalého pobytu:** | | |
| Obec, PSČ: | Ulica, číslo: | |
| Poznámka: | | |
|  | | |
|  |  |  |
| **Anamnéza** |  |  |
| a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu): | | |
|
|
| b)subjektívne ťažkosti: | | |
|
|
|
|
|  |  |  |
| **Objektívny nález:** |  |  |
| Výška: | Váha: BMI: | TK: P: |
| Habitus: | Poloha: | |
| Orientácia: | Postoj: | |
| Chôdza: | Poruchy kontinencie: | |
| Iné údaje: | | |
|  | | |
|  |  |  |
| **Diagnóza:** |  |  |
| a) hlavná: | | |
|
|
|
|
| a) ostatné choroby alebo chorobné stavy: | | |
|
|
|
|
|  |  |  |
| **Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):** | | |
|  | | |
|
|
|
|
|
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| V: ................................ dňa: ........................ | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky | |