|  |
| --- |
| **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 |