



**Ž I A D O S Ť  
O POSÚDENIE  
ODKÁZANOSTI  
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

Pečiatka OcÚ Liptovské Sliače

<b>1. Žiadateľ (osoba, ktorá má byť posúdená)</b> Meno a priezvisko .....
Rodné priezvisko (u žien) .....
<b>2. Dátum narodenia, rodné číslo</b> .....
Adresa kde sa občan zdržiava..... Okres .....
<b>3. Bydlisko</b> ..... PSČ .....
Telefón ..... Email .....
<b>4. Štátne občianstvo</b> ..... číslo občianskeho preukazu .....
<b>5. Rodinný stav</b> (hodiace sa zaškrtnite): slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovený/á <input type="checkbox"/> Žije s druhom (s družkou) .....
<b>6. Životné povolanie</b> – .....
<b>7. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku</b> .....
<b>8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená</b> (hodiace sa zaškrtnite): zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/> opatrovateľská služba <input type="checkbox"/> zariadenie opatrovateľskej služby <input type="checkbox"/> denný stacionár <input type="checkbox"/>
<b>9. Forma sociálnej služby</b> (hodiace sa zaškrtnite): celoročný pobyt – neurčitá <input type="checkbox"/> určitá <input type="checkbox"/> od ..... do ..... denný pobyt <input type="checkbox"/> týždenný pobyt <input type="checkbox"/>
<b>10. Predpokladaný deň začatia poskytovania novej sociálnej služby /uved'te dátum/:</b> .....

**11 V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony :**

Meno a priezvisko .....

Adresa zákonného zástupcu .....

Telefón .....Email .....

**12. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb ?**

Áno  v ktorom .....

Nie

Prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený):

.....

**13. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený ?**

.....

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

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

Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Liptovské Sliache, Seč 635/2, Liptovské Sliache, 034 84 podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, 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 § 28 zákona č. 122/2013 Z.z.

Dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

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

- zhoršenie zdravotného stavu

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 uzatvorená dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

### **I. Anamnéza:**

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizácia):

b) subjektívne ťažkosti :

## II. Objektívny nález :

Výška:                      Hmotnosť:                      BMI (body mass index ):    TK:                      P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

## 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, periméter, 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**

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

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

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

V ..... 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. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 80 písm. u) obecný úrad 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 nálezy s 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 následkom v prípade neúplných údajom o mojom zdravotnom stave.

V ..... dňa .....

.....  
Čitateľný vlastnoručný popis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka),  
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu