|  |
| --- |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti** o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**Mesto Stará Turá, Mestský úrad, Gen. M. R. Štefánika 375/63, 916 01 Stará Turá** |
| **Žiadateľ:**........................................................................................................................................... priezvisko ( tiež rodné priezvisko) meno titul |
| **Dátum narodenia:**............................................................................................................................ deň, mesiac, rok |
| **Miesto narodenia:**............................................................................................................................ obec ( mesto) okres  |
| **Bydlisko:**........................................................................................................................................... ulica a číslo obec (mesto) PSČ |
| **Vyjadrenie lekára:**dňa: pečiatka: podpis:  |
| **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu** |

Podľa ustanovenia § 49 ods. 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 zdravotník pri výkone zdravotnej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ( 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 (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, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
* pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
* pri mentálnej retardácií 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, fyziatricko – rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), elektromyografické vyšetrenia (EMG), elektroencefalografické vyšetrenia (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.

|  |
| --- |
|  |

**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 Z. z. 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. t) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**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..................................

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

 podpis žiadateľa alebo jeho zákonného zástupcu,

 ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu