

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Mesto Stará Turá, Mestský úrad, Ul. SNP 1/2 , 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 tŕažnosti:

II. Objektívny nález:

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

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy kontinencie:

II A*

Pri interných ochoreniach uviest' 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 plúcnych ochoreniach funkčné plúcne 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 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, 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