



## Mesto Šurany

Mestský úrad, Námestie hrdinov č. 1,

942 01 Šurany

Odtlačok evidenčnej pečiatky

### Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

v zmysle 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 (ďalej len „zákon o sociálnych službách“).

<b>Žiadateľ</b> <b>meno a priezvisko:</b> <b>rodné priezvisko:</b>		
<b>Dátum narodenia:</b>		
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>		
<b>Adresa prechodného pobytu:</b>		
<b>Číslo občianskeho preukazu:</b>		
<b>Telefónne číslo:</b>		
<b>Rodinný stav:</b>		
<b>Štátne občianstvo:</b>		
<b>Druh dôchodku/výška dôchodku</b>		
<b>Kontaktná osoba:</b>		
<b>Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta )</b>		
<b>Meno a priezvisko</b>	<b>Príbuzenský pomer</b>	<b>Rok narodenia</b>
<b>Rodinní príslušníci žijúci mimo spoločnej domácnosti: (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta )</b>		
<b>Meno a priezvisko</b>	<b>Príbuzenský pomer</b>	<b>Rok narodenia</b>

**Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite)**

sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:

**1.)**

poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek,

**zariadenie pre seniorov**

**2.)**

**domáca opatrovateľská služba**

**Forma poskytovanej sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite)**

pobytová – celoročne

terénna

**Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony :**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu : .....

Adresa zákonného zástupcu : .....

Telefón : ..... e-mail : .....

**Vyhlasenie žiadateľa ( zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)**

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

V ..... dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

**Súhlas so spracovaním osobných údajov**

Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

V ..... dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu)

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

V ..... 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 uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ( zmluvný lekár).

Meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

### **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 inkontinencie:

## 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 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 fenylketonúrií 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 ), röntgenologický nález ( RTG nález ), elektromyografické vyšetrenie ( EMG ), elektroencefalografické vyšetrenie ( EEG ), výsledok počítačovej tomografie ( CT ), nukleárnejmagnetickej 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 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) Mesto Šurany uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenia žiadateľa:**

Bol som oboznámený 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 (a) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V .....dňa.....

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

MESTO ŠURANY

## Kmeňové dáta dodávateľa

Obchodné meno:.....

Adresa – Ulica, číslo domu:.....

Miesto, PSČ:.....

Telefón:.....

Fax:.....

E-mail:.....

IČO:.....

DIČ:.....

IČ DPH:.....

Bankové spojenie:.....

Bankový účet/kód banky:.....

Vyhotovil:

Dátum:

Podpis:

Príloha\*: - výpis z obchodného registra  
- výpis zo živnostenského registra  
- licencia

\* priložiť čo sa hodí

Poznámka:

Tlačivo vyplní lekár, ktorý vydáva potvrdenie o zdravotnom stave klienta a zašle bezodkladne faktúru Mestu Šurany, Nám, hrdinov č.1, 94201 Šurany. Mesto Šurany preplatí v zmysle §80 písm. u) Zák. č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

