



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI<br/>NA SOCIÁLNU SLUŽBU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | Pečiatka ŽSK |
| <b>1. Žiadateľ</b><br><br>Meno a priezvisko.....<br><br>rodné priezvisko (u žien) .....<br><br>telefónny kontakt na žiadateľa, príp. na inú kontaktnú osobu.....<br><br>e mail na kontaktnú osobu .....                                                                                                                                   |              |
| <b>2. Dátum narodenia</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
| <b>3. Adresa</b><br><br>trvalého pobytu ..... Okres ..... PSČ .....<br><br>prechodného pobytu ..... Okres.....PSČ.....                                                                                                                                                                                                                    |              |
| <b>4. Štátne občianstvo</b> .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
| <b>5. V prípade iného štátneho občianstva alebo iných podmienok o pobyte</b><br><br>Povolenie príslušného orgánu na pobyt pre cudzinca podľa § 3 ods. 2 písm. b)<br><br>Potvrdenie o splnení podmienky u Slováka žijúceho v zahraničí podľa § 3 ods. 2 písm. l)<br><br>Potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy podľa § 3 ods. 2 písm. b) |              |
| <b>6. Rodinný stav</b> (hodiace sa zaškrtnite):<br><br><ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> slobodný/á</li><li><input type="radio"/> ženatý /vydatá</li><li><input type="radio"/> rozvedený/á</li><li><input type="radio"/> ovdovený/á</li><li><input type="radio"/> žije s druhom (s družkou)</li></ul>           |              |
| <b>7. Druh sociálnej služby</b> (hodiace sa zaškrtnite):<br><br><ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> domov sociálnych služieb</li><li><input type="radio"/> špecializované zariadenie</li><li><input type="radio"/> podporovaného bývania</li><li><input type="radio"/> rehabilitačné stredisko</li></ul>          |              |



**8. Forma sociálnej služby** (hodiace sa zaškrtnite)

- ☐ denný pobyt
- ☐ týždenný pobyt
- ☐ celoročný pobyt

**9. Čím odôvodňuje žiadateľ nutnosť svojho umiestnenia v zariadení**

.....  
.....

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

Dňa: .....

.....

pečiatka a podpis lekára

**11. Vyhlásenie žiadateľa** (resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

Vyhlasujem, že v dobe podania žiadosti nemám súdom uložené ochranné liečenie, ochranný dohľad alebo umiestnenie v detenčnom ústave ani nie som v dobe vykonávania týchto ochranných opatrení.

- ☐ áno nemám

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

**12. Vyhlásenie žiadateľa** (resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)

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

Dňa.....

.....

vlastnoručný podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu alebo súdom ustanoveného opatrovníka)



Žilinský  
samosprávny  
kraj

## **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: .....

### **I. Anamnéza:**

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

b) subjektívne ťažkosti:



Žilinský  
samosprávny  
kraj

## 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 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



Žilinský  
samosprávny  
kraj

## **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, 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



Žilinský  
samosprávny  
kraj

### **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 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 .....

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