

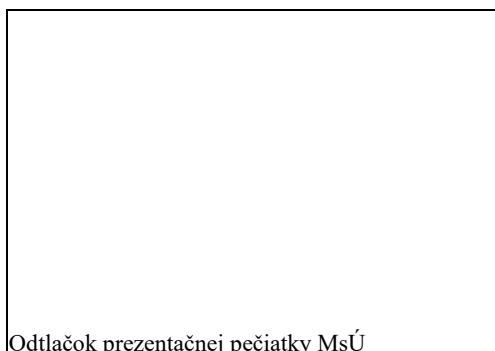


MESTSKÝ ÚRAD - VÁROSI HIVATAL

Odbor školstva, sociálnych vecí, športu a kultúry –

Közoktatási, szociális, sport és kulturális főosztály

Hlavná 50/16, 929 01 Dunajská Streda



Odtlačok prezentačnej pečiatky MsÚ

**Vec: Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Údaje o fyzickej osobe, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu	
Meno a priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Rodinný stav (slobodný/á, ženatý, vydatá, rozvedený/á, vdovec-vdova)	Štátna príslušnosť:
Trvalý pobyt:	Prechodný pobyt:
Telefón:	E –mail:

V zmysle § 92 ods. 7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

<b>Druh sociálnej služby</b>	<input type="radio"/> opatrovateľská služba
	<input type="radio"/> zariadenie pre seniorov
	<input type="radio"/> denný stacionár
	<input type="radio"/> zariadenie opatrovateľskej služby

<b>Forma sociálnej služby</b>	<input type="radio"/> terénna
	<input type="radio"/> pobytová
	<input type="radio"/> ambulancná

**Kontaktné osoby:**

Meno a priezvisko	Adresa	Telefón, e-mail	Príbuzenský vzťah	Dátum narodenia



MESTO DUNAJSKÁ STREDA – DUNASZERDAHELY VÁROS

K7

MESTSKÝ ÚRAD - VÁROSI HIVATAL

Odbor školstva, sociálnych vecí, športu a kultúry –

Közoktatási, szociális, sport és kulturális főosztály

Hlavná 50/16, 929 01 Dunajská Streda


**Opatrovník pre žiadateľa s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony:**

Meno a priezvisko opatrovníka: .....

Adresa: .....

Telefón: ..... E-mail: .....

*\* zároveň je potrebné doložiť rozsudok súdu o obmedzení spôsobilosti na právne úkony a listinu, ktorou bol súdom ustanovený opatrovník*

V zmysle § 95 ods. 7 c) 2. zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov

**Splnomocnenie (v prípade splnomocnenia inej osoby na právne úkony):**

Meno a priezvisko splnomocnenca: .....

Adresa: .....

Telefón: ..... E-mail: .....

*\* kópia generálnej plnej moci resp. splnomocnenia*

**Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu):**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa: .....

.....  
podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

**Prílohy k žiadosti:**

1. Lekársky nález o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
2. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov
3. Povolenie príslušného orgánu na pobyt a u Slováka žijúceho v zahraničí aj potvrdenie o splnení podmienky podľa § 3 ods. 2 písm. 1).



MESTO DUNAJSKÁ STREDA – DUNASZERDAHELY VÁROS

K7

MESTSKÝ ÚRAD - VÁROSI HIVATAL

Odbor školstva, sociálnych vecí, športu a kultúry –

Közoktatási, szociális, sport és kulturális főosztály

Hlavná 50/16, 929 01 Dunajská Streda

---

### Potvrdenie ošetrujúceho lekára

Týmto potvrdzujem, že žiadateľ/ka ..... vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám/sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby. Toto potvrdenie sa vydáva v zmysle § 92 ods. 6 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.

Dňa: .....

.....  
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky



**MESTO DUNAJSKÁ STREDA – DUNASZERDAHELY VÁROS**

**K7**

**MESTSKÝ ÚRAD - VÁROSI HIVATAL**

**Odbor školstva, sociálnych vecí, športu a kultúry –**

**Közoktatási, szociális, sport és kulturális főosztály**

Hlavná 50/16, 929 01 Dunajská Streda

---

**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 zdravotnícke zariadenie je povinné poskytnúť zdravotné výkony na účely sociálnych služieb a peňažných príspevkov na kompenzáciu.

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Bydlisko: .....

**I. ANAMNÉZA / ANAMNÉZIS:**

I.1. osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizácia)

I.2. subjektívne ťažkosti:



MESTSKÝ ÚRAD - VÁROSI HIVATAL

Odbor školstva, sociálnych vecí, športu a kultúry –

Közoktatási, szociális, sport és kulturális főosztály

Hlavná 50/16, 929 01 Dunajská Streda

**OBJEKTÍVNY NÁLEZ:**

Výška	Hmotnosť	BMI	TK	P

Habitus/ 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

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia občana, nevypisovať fyziologický nález



**II. B\***

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch:

popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou)

- 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

**II. DIAGNOSTICKÝ ZÁVER** (podľa MKCH s funkčným vyjadrením):

.....  
podpis lekára, ktorý lekársky nález  
vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

---

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia občana, nevypisovať fyziologický nález