

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

podľa § 49 odst. 3 zákona č. 448/ 2008 Z. z. 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

I. Anamnéza:

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

b) subjektívne ťažkosti:

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.

III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V dátum

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

Poznámka:

V zmysle § 8 písm. u) zákona c. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona c. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) obec uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

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, resp. rodinného
príslušníka), ktorý žiada o posúdenie
odkázanosti na sociálnu službu