**Obec  Lipová**

**Obecný úrad, Lipová č. 203, 941 02 Lipová**

**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“).

|  |
| --- |
| **Meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorej sa má poskytovať sociálna služba:** |
| **Dátum narodenia:** |  |
| **Adresa trvalého** **pobytu:** |  |
| **Telefónne číslo:** |  |
| **Rodinný stav:** |  |
| **Štátne občianstvo:** |  |
| **Kontaktná osoba:** |
| **Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský pomer** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Rodinní príslušníci žijúci mimo spoločnej domácnosti:**Manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta |
| **Meno a priezvisko** | **Príbuzenský pomer** | **Rok narodenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená** (zariadenie pre seniorov, opatrovateľská služba):  |
| **Forma poskytovanej sociálnej služby** (v prípade poskytovania sociálnej služby v zariadení) |
| **Vyhlásenie 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.Dňa: .................................... .............................................. čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu) |
| **Súhlas so spracovaním osobných údajov**Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.Dňa: .................................. .............................................. čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa (zákonného zástupcu) |
| **Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti** ................................................Dňa:.............................................. Pečiatka a podpis lekára |

V Lipovej, dňa ........................................

 ..............................................................

 podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)

**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: ..............................................................................

1. **Anamnéza**
2. osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):
3. 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 stupeľ podľa WHO,
* pri pľúcnyhc 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 retardácií 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 týkaj zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález

**II. B\***

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

1. popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
2. priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-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

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) Obec Lipová uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**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 (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