

Ž I A D O S Ť
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA DOMÁCU OPATROVATEĽSKÚ SLUŽBU
A
LEKÁRSKY NÁLEZ

Pečiatka

Deň podania žiadosti

13. Ak je žiadateľ bezdetný, kontaktné údaje na príbuzných				
Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu poskytovať potrebnú starostlivosť žiadateľovi? :

.....

.....

.....

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu) :

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/la/ podľa skutočnosti. V prípade uvedenia nepravdivých údajov som si vedomý/á/ právnych dôsledkov z toho vyplývajúcich.

Týmto udeľujem výslovný súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Trnava a Stredisku sociálnej starostlivosti, VI. Clementisa 51, 917 01 Trnava, podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v kapitole III Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). Správnosť údajov uvedených v žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa:

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

II. Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):	
Výška : Hmotnosť: BMI: 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 z 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 fenylketonotúrii 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), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze. *lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia
Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)	
* Prílohy pre žiadateľa o pobytovú formu sociálnej služby: a) popis rtg snímku pľúc nie starší ako 1 mesiac. V prípade ochorenia hrudných orgánov musí sa priložiť i vyjadrenie príslušného odborného lekára pre choroby pľúc a tuberkulózy b) zvlášť psychiatrické vyšetrenie c) výsledky vyšetrenia na bacilosisčstvo, BWR	
Iné údaje:	
Dňa:	pečiatka
podpis lekára	
s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár)	