



<b>ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU</b>	Pečiatka ŽSK
<b>1. Žiadateľ</b>  Meno a priezvisko.....  Rodné číslo .....  Rodné priezvisko (u žien) .....  Telefónny kontakt na žiadateľa, príp. na inú kontaktnú osobu.....  E - mail na kontaktnú osobu .....	
<b>2. Dátum narodenia</b> .....	
<b>3. Adresa</b>  trvalého pobytu ..... Okres ..... PSČ .....  prechodného pobytu ..... Okres.....PSČ.....	
<b>4. Štátne občianstvo</b> .....	
<b>5. V prípade iného štátneho občianstva alebo iných podmienok o pobyte</b>  Povolenie príslušného orgánu na pobyt pre cudzinca podľa § 3 ods. 2 písm. b)  Potvrdenie o splnení podmienky u Slováka žijúceho v zahraničí podľa § 3 ods. 2 písm. l)  Potvrdenie od zamestnávateľa alebo školy podľa § 3 ods. 2 písm. b)	
<b>6. Rodinný stav</b> (vhodné zaškrtnite): <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> (vhodné zaškrtnite): <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"/> zariadenie podporovaného bývania</li><li><input type="radio"/> rehabilitačné stredisko</li></ul>	



**8. Forma sociálnej služby** (vhodné zaškrtnite)

- denný pobyt
- týždenný pobyt
- celoročný pobyt

**9. Identifikačné a kontaktné údaje fyzickej osoby, ktorá môže poskytnúť fyzickej osobe, ktorej odkázanosť na sociálnu službu sa má posudzovať, a správneho orgánu potrebnú súčinnosť v záujme riadneho vedenia konania (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, iná blízka osoba).**

Meno, priezvisko a adresa	Telefonický kontakt	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

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

.....  
.....

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

Dňa: .....  
.....  
pečiatka a podpis lekára

**12. 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)

**13. 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)



## **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

b) subjektívne ťažkosti:



## 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



## 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, 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 § 81 písm.

x) Vyšší územný celok uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.



**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