

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

Podľa ustanovenia § 92 ods. 7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

Anamnéza:

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

b) subjektívne ťažkosti:

Objektívny nález:

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

Diagnóza:

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:

Diagnostický záver *(podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):*

V: dňa:

.....
podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky