



# Nitriansky samosprávny kraj

**ŽIADOSŤ**

**O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

**A**

**LEKÁRSKY NÁLEZ**

**Sídlo kraja:**

Úrad Nitrianskeho samosprávneho kraja, Rázusova 2A, 949 01 Nitra  
tel. 00421/ 37/ 69229 01, 69229 58, 69229 28, 69229 95

<b>1. Žiadateľ</b> meno a priezvisko ..... rodné priezvisko .....	
<b>2. Dátum narodenia</b> .....      č. obč. preukazu .....	
<b>3. Adresa</b> trvalého pobytu ..... PSC .....      okres ..... telefón .....      e-mail ..... prechodného pobytu ..... súčasného pobytu ..... Kontaktná osoba ..... Telefón .....	
<b>4. Štátne občianstvo</b> .....	
<b>5. Rodinný stav</b> (hodiace sa zaškrtnite): slobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> vydatá <input type="checkbox"/> rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovený/á <input type="checkbox"/> Žije s druhom (družkou) .....	
<b>6. Ak je žiadateľ dôchodca – druh dôchodku</b> .....	
<b>7. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená</b> (hodiace sa zaškrtnite): domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> rehabilitačné stredisko <input type="checkbox"/>	
<b>8. Forma sociálnej služby</b> (hodiace sa zaškrtnite): denný pobyt týždenný pobyt celoročný pobyt	
<b>9. Ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:</b> zákonný zástupca/opatrovník ( doložiť rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok ) meno a priezvisko ..... dátum narodenia ..... adresa ..... PSC ..... telefón ..... e-mail .....	

**10. Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú(ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?**

**áno** (uviest' číslo rozsudku ..... vydal .....  
..... dňa .....)

**nie**

**11. 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, opatrovníka)

**12. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Nitrianskemu samosprávnemu kraju, Rázusova 2A, 949 01 Nitra podľa zákona č.122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o 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 § 20 zákona číslo 122/2013.

Dňa : .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, opatrovníka)

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

Dňa: .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára

## **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Meno a priezvisko:.....

Dátum narodenia:.....

Bydlisko:.....

### **I. Anamnéza**

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

b) 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 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 fenylketonúrií 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 ), 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 území zákona . 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona . 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní ( živnostenský zákon ) v znení neskorších predpisov, v znení neskorších predpisov sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) vyšší územný celok uhrádza poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na území posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenia 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  
(zákonného zástupcu, opatrovníka), ktorý žiada  
o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

## Príloha k žiadosti

Žiadateľ

Meno a priezvisko : .....

Dátum narodenia : ..... Č. obč. preukazu : .....

Adresa trvalého pobytu : .....

### u r č u j e m

v zmysle § 50 bod 9 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Meno a priezvisko : .....

Dátum narodenia : ..... Č. obč. preukazu : .....

Adresa trvalého pobytu : .....

Telefónny kontakt : .....

len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatniť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

V ....., dňa .....

.....  
podpis žiadateľa