

Ž I A D O S Ť

O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU V ZARIADENÍ OPATROVATELSKEJ SLUŽBY A LEKÁRSKY NÁLEZ

Pečiatka

Deň podania žiadosti

1. Žiadateľ:.....		priezvisko (prípadne rodné meno)	meno
2. Narodený:		deň, mesiac, rok	miesto okres
3. Bydlisko:		PSC:	Telefón:
4. Prechodný pobyt.....		PSC:	Telefón:
5. Štátna príslušnosť:		národnosť:	
6. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite): slobodný (á) <input type="checkbox"/>		ženatý, vydatá, <input type="checkbox"/>	
rozvedený (á), <input type="checkbox"/>		ovdovený (á), <input type="checkbox"/>	
žije s druhom, družkou <input type="checkbox"/>			
7. Ak je žiadateľ dôchodca - druh dôchodku:			
Číslo rozhodnutia:		mesačne €	
8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený:			
Zariadenie opatrovateľskej služby			<input type="checkbox"/>
9. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu sociálnej služby v zariadení opatrovateľskej služby :			
.....			
.....			
10. Meno, priezvisko a adresa zákonného zástupcu:			
.....		Telefón:	
ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony, právoplatné rozhodnutie Okresného súdu v:			
o zbavení spôsobilosti na právne úkony zo dňa:, číslo:			

• **Vyplní žiadateľ o sociálnu službu**

11. Komu sa má podať správa o vážnom ochorení alebo úmrtí žiadateľa, ak bude v zariadení poskytujúcom sociálnu službu umiestnený	
Meno, priezvisko a presná adresa :	
..... Telefón:	
12. Meno a presná adresa osoby (inštitúcie), ktorá má vybaviť pohreb :	
..... Telefón :	
13. Želanie žiadateľa v prípade úmrtia v zariadení poskytujúcom sociálnu službu . (* čo sa nehodí prečiarknite)	
Spôsob pohrebu: - uloženie do zeme *. Na cintoríne v okres:	
- spopolnenie *. Miesto uloženie urny	
- náboženské obrady cirkvi – uveďte cirkev	
- bez náboženských obradov	
- je žiadateľ členom Spolku žehu? Áno – nie*. Číslo legitimácie :	
14. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení poskytujúcom sociálnu službu?	
ÁNO – NIE *. (* čo sa nehodí prečiarknite) . Ak áno v ktorom?	
..... od do	
..... od do	
Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby :	
.....	

15. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti: (manžel(ka), rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta a iní...

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

16. Manžel(ka), rodičia, deti, bývalí mimo spoločnej domácnosti

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

17. Ak je žiadateľ bezdetný, kontaktné údaje na príbuzných

Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

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

.....

.....

.....

19. 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 súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Trnava, zastúpené Strediskom sociálnej starostlivosti, VI. Clementisa 51, 917 01 Trnava 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. 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 §28 zákona 122/2013 Z. z.

Dňa:

.....

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

II. Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):

Výška :	Habitus:
Hmotnosť:	Orientácia:
BMI:	Poloha:
TK:	Postoj:
P:	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 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, 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**

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 bacilonosičstvo, BWR

Iné údaje:

Dňa:

pečiatka

podpis lekára

s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár)

POTVRDENIE O BEZINFEKČNOSTI

Menovaný(á).....rodená.....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Trvale bytom:.....

Nemal(a) nariadenú karanténu okresným hygienikom ani iným lekárom a prichádza
do Zariadenia opatrovateľskej služby z bezinfekčného prostredia.

V.....dňa.....

.....

Podpis a pečiatka lekára