

## **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