



**OBEC DRIENOVSKÁ NOVÁ VES**  
Obecný úrad Drienovská Nová Ves, Drienovská Nová Ves č. 83, 082 01

**ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona  
č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

**I. ÚDAJE O ŽIADATEĽOVI**

Meno, priezvisko, titul:		Rodné priezvisko:
Dátum narodenia:	Miesto narodenia:	Rodinný stav:
Štátne občianstvo:	E-mail:	Č. tel.:
Adresa trvalého pobytu:		
Aktuálna adresa:*		

\*Uviesť adresu, resp. zariadenie, v ktorom sa žiadateľ v čase podania žiadosti nachádza, a kde je možné vykonať sociálne šetrenie.

**II. DRUH SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

<input type="checkbox"/>	Opatrovateľská služba
<input type="checkbox"/>	Zariadenie pre seniorov
<input type="checkbox"/>	Denný stacionár
<input type="checkbox"/>	Zariadenie opatrovateľskej služby
<input type="checkbox"/>	Prepravná služba

**III. FORMA SOCIÁLNEJ SLUŽBY**

<input type="checkbox"/>	Ambulantná
<input type="checkbox"/>	Terénna
<input type="checkbox"/>	Pobytová

**IV. ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ŽIADATEĽA, AK ŽIADATEĽ NIE JE SPÔSOBILÝ NA PRÁVNE ÚKONY**

Meno, priezvisko:	E-mail:
Adresa trvalého pobytu:	Č. tel.:

**V. KONTAKTNÁ OSOBA**

Meno, priezvisko:	E-mail:
Adresa trvalého pobytu:	Č. tel.:

## VI. RODINNÍ PRÍSLUŠNÍCI ŽIADATEĽA

### a/ Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno, priezvisko	Príbuzenský pomer	Č. tel.

### b/ Osoby žijúce mimo spoločnej domácnosti žiadateľa:

Meno, priezvisko	Príbuzenský pomer	Č. tel.

## VII. PRÍJMOVÉ POMERY ŽIADATEĽA

Druh dôchodku:	Suma dôchodku:
Sociálne dávky/druh/:	Suma sociálnej dávky:
Iný príjem:	

## VIII. ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Vyhlasujem na svoju česť v súlade so zákonom o správnom konaní č. 71/1967 Zb. v platnom znení, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú úplné a pravdivé a som si vedomý právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. Zároveň čestne prehlasujem, že na sociálnu službu, na ktorú posúdenie žiadam, mi nebolo vydané právoplatné rozhodnutie iným správnym orgánom.

V ..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa/zákonného zástupcu

### PRÍLOHY:

- lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu,
- kópie odborných lekárskeho správ, nálezov,
- komplexný posudok vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ak bol žiadateľovi vydaný),
- posudok o odkázanosti na sociálnu službu vydaný inou obcou alebo vyšším územným celkom na účel posúdenia stupňa odkázanosti žiadateľa na pomoc inej fyzickej osoby (ak bol žiadateľovi vydaný).

## IX. POTVRDENIE LEKÁRA

Ak žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu alebo udeliť písomný súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby, môže v jeho mene a s jeho súhlasom **a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave žiadateľa** podať žiadosť alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

Potvrdzujem, že žiadateľ vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

**OBEC DRIENOVSKÁ NOVÁ VES**

Obecný úrad Drienovská Nová Ves, Drienovská Nová Ves č. 83, 082 01

**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 zdravotnícky pracovník pri výkone zdravotnej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno, priezvisko:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého pobytu:	

**I. ANAMNÉZA**

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

b) subjektívne ťažkosti:

**II. OBJEKTÍVNY NÁLEZ**

Výška:	Hmotnosť:	BMI:	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 žiadateľa, nevypisuje fyziologický nález.

## II. B\*

**Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch**

- popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko-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 žiadateľa.

## III. DIAGNOSTICKÝ ZÁVER (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V ..... dňa .....

.....  
podpis lekára, ktorý lekársky nález  
vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky