

## **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