

Potvrdenie lekára, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu podľa § 92 ods.7 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 / ďalej len „zákon“/ (vyplní zmluvný lekár na žiadosť fyzickej osoby)

Podľa § 97 zákona sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní poskytovať súčinnosť poskytovateľom sociálnej služby vo veci sociálnych služieb.

Priezvisko a meno:

Rodinný stav:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Adresa prechodného bydliska:

Osobná anamnéza:

Subjektívne ťažkosti:

Objektívny nález:

Výška:

Hmotnosť:

K:

P:

Orientácia:

Reč:

Diagnóza: diagnosticko funkčné hodnotenie (stupeň ochorenia)

Epikríza zdravotného stavu:

Súhrn liečby a prehľad užívania liekov

Úroveň sebestačnosti – príjem potravy, hygiena

Je pod dohľadom špecializovaného lekára – oddelenia (interné, pľúcne, neurologické, diabetologické, endokrinológia, psychiatrické, kardiologické a iné):

Je fyzická osoba:

- | | | |
|-------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| - pohyblivá | - inkontinentná | - potrebuje dohľad |
| - presun pomocou invalidného vozíka, | - čiastočne | - nepretržite |
| - čiastočne pomocou chodítka, | - úplne | - čiastočne |
| - nepohyblivá (trvalo pripútaná na lôžko) | | - nepotrebuje |
-

V _____ dňa _____

Podpis a pečiatka lekára