

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci**

Podľa ustanovenia § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z.).

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
<b>Adresa trvalého pobytu:</b>		
Mesto:	Ulica, číslo:	PSČ:
Poznámka:		

Anamnéza

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

**Objektívny nález:**

Výška:	Váha:	BMI:	TK:	P:
Habitus:	Poloha:			
Orientácia:	Postoj:			
Chôdza:	Poruchy kontinencie:			
Iné údaje:				

**Diagnóza:**

a) hlavná:
a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

---

**Duševný stav:**

**Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením):**

V: ..... dňa: .....

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky