**Žiadosť**

**o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

***Kérelem***

***a szociális szolgáltatás ráutaltságának elbírálására***

1. Žiadateľ/ *Kérelmező:*

....................................................................................................................................................................

Meno a priezvisko (prípadne rodné číslo)/ *Keresztnév és vezetéknév (esetleg születési szám)*

1. Narodený/ *Született* :

....................................................................................................................................................................

Deň, mesiac, rok, miesto, okres/ *Nap, hónap, év, hely, járás*

1. Bydlisko/ *Lakhely:*

....................................................................................................................................................................

1. Štátne občianstvo/ *Állampolgárság:*

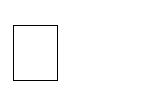
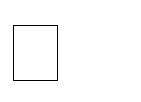
....................................................................................................................................................................

1. Rodinný stav: /slobodný /á/, ženatý, vydatá, rozvedený /á/, žije s druhom, s družkou\*/ *Családi állapot: /egyedülálló, nős, férjezett, elvált, élettársával él együtt/*

................................................................................................................................................................

1. Druh sociálnej služby/ *A szociális szolgáltatás típusa*:
2. ⁭ opatrovateľská služba/ *gondozószolgálat*

zariadenie pre seniorov/ *idősek otthona ⁭* ⁮

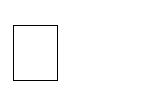
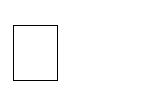


⁭

1. Forma sociálnej služby/ *A szociális szolgáltatás formája:*

terénna/ *terep*

pobytová / *bentlakásos*  *⁭*



Dňa/ *Kelt:* ............................................

Telefón/*Telefonszám:* ......................................

Adresa na zasielanie písomností/ *Kézbesétís a következő címre*:*:.............................................................*

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa /zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka, uviesť i adresu/.

*A kérvényező sajátkezű olvasható aláírása/ törvényes képviselő vagy családtag aláírása feltüntetni a pontos címet is/.*

Prílohy k žiadosti/ *Mellékletek:*

1. Lekársky nález o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada posúdenieodkázanosti na sociálnu službu./ *A kérvényező kedvezötlen egészségügyi állapotára vonatkozó orvosi adatok.*
2. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov./ *A kérvényező beleegyezése személyi adatainak feldolgozására.*

**LEKÁRSKY NÁLEZ**

**na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

***O R V O S I L E L E T***

***a szociális szolgáltatásra való ráutaltság elbírásához***

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 zdravotnícke zariadenie je povinné poskytnúť zdravotné výkony na účely sociálnych služieb a peňažných príspevkov na kompenzáciu.

*A szociális szolgáltatásokról szóló 2008-as évi 448-as számú törvény 49 §, 3 bekezdése és a 1991-es évi 455-ös számú ipari vállakozás változásáról és módositásáról szóló törvény értelmében (ipari törvény) az egészségügyi intézmény köteles a szociális szolgáltatások és a kompenzációs pénzügyi hozzájárulások céljából köteles egészségügyi műveletet (ellátást) nyújtani.*

**Meno a priezvisko/ *Keresztév és vezetéknév*: ............................................................................**

**Dátum narodenia/ *Születési dátum*: ..........................................................................................**

**Bydlisko/ *Lakhely*: ......................................................................................................................**

**I. ANAMNÉZA/ *ANAMNÉZIS*:**

**I. 1. osobná/ *1. személyi*:** (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizácia/ *az egészségi károsodára, gyógyítás formájára, kórházba való beutalásra ráméretezve)*

1. **2. subjektívne ťažkosti/ *2. szubjektív panaszok*:**

1. **OBJEKTÍVNY NÁLEZ/ *OBJEKTÍV LELET*:**

**Výška/ *Magasság*: Hmotnosť/ *Testsúly*: BMI: TK/ *Vérnyomás*: P/ *Pulzus*:**

**Habitus:**

Orientácia/ *Orientáció*:

Poloha/ *Állapot:*

Postoj/ *Állás*:

Chôdza/ *Járás*:

Poruchy kontinencie/ *Vizelettartási zavar*:

**II. A\***

* **pri interných ochoreniach všeobecne, fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú**  **uvedené v priloženom náleze, tzn./ *belgyógyászati megbetegedésnél általánosan, fizikális lelet és az eredményeket szakkivizsgálásokkal feltölteni, ha nincsenek feltüntetve a csatolt leletben, vagyis*.:**

* pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA/ *kardiológiai megbetegedésnél NYHA funkciós stádiuma,*
* pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea/ *végtagok funkciós megbetegedéseinél Fontainea szerinti funkciós stádium,*
* pri hypertenzii stupeň podľa WHO/ *magas vérnyomásnál WHO szerinti fokozat,*
* pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria)/ *tüdő megbetegedéseinél funkciós tüdő kivizsgálás (spirometria),*
* pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, *...)/ emésztési panaszoknál (szonográfia, gastrofibroszkopia, kolonoszkopia, ...),*
* pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium/ *reumatikus megbetegedéseknél szérumpozitivitás, funkciós stádium,*
* pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)/ *cukorbetegség esetén alátámasztani a komplikációkat (angiopatia, neuropatia, diabetikus láb),*
* pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, vísus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria/ *értelmi megbetegedéseknél korrigálás, vísus, periméter, szóbeli vagy objektív audiometer,*
* pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález*/ pszichiátriai megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt,*
* pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ/ *mentális retardációnál pszichológiai vélemény IQ kivizsgálással,*
* pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález/ *urológiai megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt,*
* pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález/ *nőgyógyászati megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt,*
* pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia/ *onkológiai*

*megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt az onkomarkerrel együtt, TNM klasszifikáció.*

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia občana, nevypisovať fyziologický nález./ *A leletet kitőltő orvos csak azon részeket tölti ki, melyek a kérvényező egészségügyi károsodását érinti, nem ktölteni a fyziológiai leletet.*

**II. B\***

* **pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch/ *ortopédia megbetegedéseknél , neurológiai megbetegedéseknél a baleset utáni állapotoknál:***

* popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou)/ *jellemezni a károsodott rész lendületét s funkciós kifejezéssel (goniometria a másik oldal összehasonlításával)*

* priložiť ortopedický, neurologický, FBRL nález, Rtg, EMG, EEG, CT, MNR, denzitometrické vyšetrenie ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze/ *csatolni az ortopódiai, neurológiai, FBRL leletet, Rtg, EMG, EEG, CT, MNR, denzitometriai kivizsgálást ha nincsenek a mellékelt szakvéleményben feltüntetve*.

**III. DIAGNOSTICKÝ ZÁVER/ *DIAGNOSZTIKAI ÖSSZEGZÉS*** (podľa MKCH

s funkčným vyjadrením/ *a betegségek nemzetközi osztályozása szerint a funkciós kifejezéssel)*

V/ *Kelt* ...................................... dátum ………………

…………………………………………

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára/ *bélyegző és a* *kezelő orvos aláírása*

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia