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

Meno a priezvisko : …......................................................................

Dátum narodenia: …......................................................................

Bydlisko: …......................................................................

**I. Anamnéza**

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

b) subjektívne ťažkosti:

**II. Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus:

Orientácia:

Poloha:

Postoj:

Chôdza:

Poruchy inkontinencie:

**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 prilož 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 fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález

**II.B\***

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

a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou)

b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatricko-rehabilitačný nález (FBLR nález), rontgenologický nález (RTG), 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.

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

V …........................................... dňa …..................................

…...........................................................................

podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval

odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x, vyšší územný celok uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.

**Vyjadrenia žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárskej nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom ba posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V …................................................ dňa …..................................

…................................................................................

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľ alebo

zákonného zástupcu, ktorý žiada o posúdenie

odkázanosti na sociálnu službu

OBEC KOLTA - OBECNÝ ÚRAD

**Kmeňové dáta dodávateľa**

Obchodné meno: …................................................................

Adresa: …................................................................

Miesto, PSČ: …................................................................

Telefón: …................................................................

Fax: …................................................................

E – mail: …................................................................

IČO: …................................................................

DIČ: …................................................................

IČ DPH: …................................................................

Bankové spojenie: …...............................................................

Bankový účet/kód banky: …....................................................

**Vyhotovil: Dátum: Podpis:**

Príloha\*: - výpis z obchodného registra

* výpis zo živnostenského registra
* licencia

\*priložiť čo sa hodí