**Potvrdenie poskytovateľa 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 v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

**Meno, priezvisko, titul:** .......................................................................................................................

**Dátum narodenia:** ...............................................................................................................................

**Rodné číslo**: ..........................................................................................................................................

**Adresa trvalého pobytu:** .....................................................................................................................

**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: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

**III. Diagnóza:**

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

**IV. Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:**

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

V..................................................................., dňa: ......................................

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

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky