

## Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

o nepriaznivom 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:      TK:      P:	
orientácia:	
reč:	
Diagnóza: diagnosticko funkčné hodnotenie ( stupeň ochorenia)	
Je fyzická osoba:	- inkontinentná      - potrebuje dohľad - pohyblivá      - čiastočne      nepretržite - čiastočne pohyblivá      - úplne      - čiastočne - nepohyblivá ( trvalo pripútaná na lôžko)      - nepotrebuje
V ..... dňa .....	..... podpis a pečiatka lekára