

## Potvrdenie lekára, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní 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 / 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	