



ŽILINSKÝ  
samosprávny kraj

Pečiatka ŽSK

## ŽIADOSŤ O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA SOCIÁLNU SLUŽBU

### 1. Žiadateľ

Meno a priezvisko .....

Rodné priezvisko (u žien) .....

### 2. Dátum narodenia .....

Adresa trvalého pobytu ..... Okres ..... PSČ .....

Telefonický kontakt .....

### 3. Adresa prechodného pobytu ..... PSČ .....

Telefón ..... Email .....

### 4. Štátne občianstvo .....

### 5. Rodinný stav (hodiace sa zaškrtnite):

slobodný/á

ženatý

vydatá

rozvedený/á

ovdovený/á

Žije s druhom (s družkou) .....

### 6. Životné povolanie .....

Osobné záľuby žiadateľa .....

### 7. Ak je žiadateľ dôchodca: druh dôchodku .....

### 8. Druh sociálnej služby, na ktorú má byť fyzická osoba posúdená (hodiace sa zaškrtnite):

domov sociálnych služieb

špecializované zariadenie

zariadenie podporovaného bývania

rehabilitačné stredisko

### 9. Forma sociálnej služby (hodiace sa zaškrtnite):

denný pobyt

týždenný pobyt

celoročný pobyt

### 10. Žiadateľ býva (hodiace sa zaškrtnite):

vo vlastnom dome

vo vlastnom byte

v podnájme

počet obytných miestností .....

počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti .....

### 11. Čím žiadateľ odôvodňuje nutnosť svojho umiestnenia v zariadení?

.....

.....

**12. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:**

manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno, priezvisko a adresa	Telefonický kontakt	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

**13. Osoby žijúce so žiadateľom mimo spoločnej domácnosti:**

manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta

Meno, priezvisko a adresa	Telefonický kontakt	Príbuzenský pomer	Rok narodenia

**14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa?**

.....  
.....

**15. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

Meno a priezvisko .....

Adresa zákonného zástupcu .....

Telefón ..... Email .....

**16. Bol žiadateľ už skôr umiestnený v niektorom zariadení sociálnych služieb?**Áno  v ktorom .....Nie 

Prečo zo zariadenia sociálnych služieb odišiel (bol prepustený):

.....

**17. V ktorom zariadení sociálnych služieb by si žiadateľ želal byť umiestnený?**

.....

**18. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka).**

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu maloletého alebo opatrovníka)

**19. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Žilinskému samosprávnemu kraju, Komenského 48, 011 09 Žilina podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu až do vydania rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002.

Dňa: .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu maloletého alebo opatrovníka)

**20. Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Dňa: .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára

## **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 osoba 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 kontinencie:

### 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 priložiť 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, fyziatrisko – rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG nález), 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.

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

V ..... dňa .....

.....  
Podpis lekára, ktorý lekársky nález  
vypracoval a 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.

### **Vyjadrenie žiadateľa:**

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na 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  
žiadateľa (zákonného zástupcu,  
alebo rodinného príslušníka), ktorý  
žiada o posúdenie odkázanosti na  
sociálnu službu