

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie sociálnej služby požičiavanie pomôcok

Podľa ustanovenia § 47 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z.).

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia	Rodné číslo:	
Adresa trvalého pobytu:		
Mesto:	Ulica, číslo:	PSČ:
Poznámka:		

Anamnéza

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

b) subjektívne ťažkosti:

Objektívny nález:

Výška:	Váha:	BMI:	TK:	P:
Habitus:	Poloha:			
Orientácia:	Postoj:			
Chôdza:	Poruchy kontinencie:			
Iné údaje:				

Diagnóza:

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

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

--

V: dňa:

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky