

**POTVRDENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA
K POSÚDENIU ODKÁZANOSTI NA
SOCIÁLNU SLUŽBU**

Doklad k žiadosti

	Občiansky preukaz žiadateľa	
	číslo	séria
	Rodné číslo žiadateľa	
Žiadateľ	_____	
	priezvisko (u žien tiež rodné meno)	meno
Narodený	_____	
	deň, mesiac, rok	miesto
		okres
Bydlisko	_____	
	miesto	ulica
		číslo popisné
		okres
	_____	_____
	pošta	PSČ
Anamnéza (rodinná, osobná, pracovná):		
Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):		
Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:		
Diagnóza (slovensky):	Štatistická značka choroby podľa medzinárodného zoznamu	
a) hlavná		
b) ostatné choroby, chorobné stavy		
Prílohy:		
A) výsledky vyšetrenia chirurgického a interného,		
B) neurologického, psychiatrického, ortopedického.		

Je schopný chôdze bez cudzej pomoci:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je pripútaný trvale – prevažne na posteľ:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je schopný sám sa obslúžiť:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Neudrží moč, stolicu: trvale	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
občas	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
v noci	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Potrebuje lekárske ošetrovanie: trvale	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
občas	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je pod dohľadom špecializovaného oddelenia NsP napr. pľúcneho, neurologického, psychiatrického, ortopedického a chirurgického, poradne diabetickej, protialkolickej a pod.	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Potrebuje osobitnú starostlivosť – akú:		
Iné údaje:		
Dňa:	podpis vyšetrujúceho lekára (menovka)	
Poznámky:		
Dňa:	podpis (menovka)	

*Označte správnu odpoveď!