**Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním a použitím osobných údajov**

Meno a priezvisko : ................................................................

Dátum narodenia : .................................................................

Bydlisko : ..............................................................................

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých obci Miloslavov, so sídlom Miloslavov 181, PSČ 900 42 podľa zákona č. 18/2018 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 podľa zákona 448/2008 Z.z. o sociálnych službách 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 § 21 citovaného zákona.

Dňa : ...................................................................

Vlastnoručný podpis dotknutej osoby

**Lekársky nález na účely poskytovania sociálnej služby.**

Podľa § 49 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytnúť zdravotné výkony na účely tohto zákona.

**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: TK: P:

(body mass index) (krvný tlak) (pulz)

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, fyziatricko-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 ................................. dátum ......................... podpis lekára, ktorý lekársky nález

vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

..................................................................

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu podľa § 80 písm. u zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov sa poskytujú za úhradu, ktorú uhrádza obec príslušná podľa trvalého pobytu žiadateľa. Podľa § 61 ods. 3 poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nie je oprávnený požadovať úhradu za zdravotné výkony na účely tohto zákona od fyzickej osoby

**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

### Údaje o žiadateľovi

|  |
| --- |
| Meno a Priezvisko: |
| Deň, mesiac, rok narodenia: Rodinný stav: |
| Trvalé bydlisko: Číslo telefónu: |
| Prechodný pobyt: Štátna príslušnosť: |

**Druh sociálnej služby : pobytové zariadenie**

**Forma sociálnej služby : celoročná**

 Stručné odôvodnenie žiadosti

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

V ..........................................

Dňa........................................ .......................................................

Podpis žiadateľa ( zákonného zástupcu)