**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

**o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada**

**o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa ustanovenia § 92 ods. 7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu obsahuje potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu.

Meno, priezvisko, titul: .................................................................................................................

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

Trvalý pobyt: ................................................................................................................................

**Anamnéza:**

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

b)subjektívne ťažkosti:

**Objektívny nález:**

Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P:

Habitus: Poloha:

Orientácia: Postoj:

Chôdza: Poruchy kontinencie:

Iné údaje:

**Diagnóza:**

a) hlavná:

a) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

**Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:**

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

V: ....................................................... dňa: ........................

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

 podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky