

Potvrdenie lekára, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

o zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu podľa § 92 ods.7 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov / ďalej len „zákon“/ (vyplní zmluvný lekár na žiadosť fyzickej osoby)

Podľa § 97 zákona sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní poskytovať súčinnosť poskytovateľom sociálnej služby vo veci sociálnych služieb

Priezvisko a meno:	Rodinný stav:	
Dátum narodenia:		
Adresa trvalého bydliska:		
Adresa prechodného bydliska:		
Osobná anamnéza:		
Subjektívne ťažkosti:		
Objektívny nález: výška: hmotnosť: TK: P:		
orientácia:		
reč:		
Diagnóza: diagnosticko funkčné hodnotenie (stupeň ochorenia)		
Je fyzická osoba:	- inkontinentná	- potrebuje dohľad
- pohyblivá	- čiastočne	nepretržite
- čiastočne pohyblivá	- úplne	- čiastočne
- nepohyblivá (trvalo pripútaná na lôžko)		- nepotrebuje
V dňa podpis a pečiatka lekára