

**Mesto Komárno**  
**Mestský úrad Komárno - Sociálny a správny odbor**  
**Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

<b>1. Žiadateľ</b> Meno a priezvisko, titul .....			
Rodné priezvisko (u žien).....			
<b>2. Dátum narodenia</b> ..... <b>rodné číslo</b> .....			
Adresa trvalého pobytu .....			
Adresa prechodného pobytu .....			
PSC .....			
Telefón ..... e-mail .....			
<b>3. Štátne občianstvo</b> .....			
<b>4. Rodinný stav</b> (hodiace sa zaškrtnite):			
slobodný/á <input type="checkbox"/>			
ženatý <input type="checkbox"/>			
vydatá <input type="checkbox"/>			
rozvedený/á <input type="checkbox"/>			
ovdovený/á <input type="checkbox"/>			
Žijem s druhom (družkou) .....			
<b>5. Životné povolanie</b> .....			
Osobné záujmy žiadateľa .....			
<b>6. Žiadateľ býva</b> (hodiace sa zaškrtnite)			
vo vlastnom dome <input type="checkbox"/>			
vo vlastnom byte <input type="checkbox"/>		počet obytných miestností.....	
v podnájme <input type="checkbox"/>		počet členov žijúcich v spoločnej domácnosti.....	
<b>7. Vybraná sociálna služba</b> (hodiace sa zaškrtnite):			
Opatrovateľská služba <input type="checkbox"/>			
Zariadenie opatrovateľskej služby - ZOS <input type="checkbox"/>			
Zariadenie pre seniorov <input type="checkbox"/>			
Denný stacionár <input type="checkbox"/>			
<b>8. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby</b> ..... ..... .....			
<b>9. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:</b> (manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, súrodenci)			
Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt-č.tel.

10. Rodinní príslušníci žiadateľa mimo spoločnej domácnosti:			
Meno a priezvisko	Príbuzenský vzťah	Rok narodenia	Kontakt-č.tel.

**11. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa ?**

.....

.....

**12. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:**

**Meno a priezvisko zákonného zástupcu**.....

**Adresa**.....**PSČ** .....

**Telefón** ..... **e-mail**.....

**13. Bola alebo je žiadateľovi poskytovaná iná sociálna služba? Aká, od kedy, do kedy ?**

Áno  druh služby: .....

Nie

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby:

.....

.....

**14. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka)**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa.....

.....  
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**14. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Komárno, so sídlom Nám. gen. Klapku 1, podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“), ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu 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 § 27 zákona číslo 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dňa.....

.....

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

## **Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. z. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Trvalý pobyt: .....

### **I. Anamnéza:**

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

b) subjektívne ťažkosti:

## II. Objektívny nález:

Výška:

Hmotnosť:

BMI: (body mass index)

TK: (krvný tlak)

P: (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, fyziatrisko-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 fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

### III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

Komárno dňa .....

.....  
podpis lekára, ktorý lekársky nález  
vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky

### Vyjadrenie žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho posudku na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

Komárno dňa .....

.....  
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa  
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),

**Mesto Komárno - Mestský úrad Komárno**  
IČO: 00 306 525, DIČ: 2021035731

## Kmeňové dáta dodávateľa

Obchodné meno: .....

Adresa – Ulica, číslo domu:.....

Miesto, PSČ: .....

Telefón: .....

Fax: .....

E-mail: .....

IČO: .....

DIČ: .....

IČ DPH: .....

Bankové spojenie:.....

Bankový účet/kód banky: .....

**Klient** (meno, priezvisko, dátum narodenia) .....

.....

**Trvalý pobyt klienta:** .....

**Vyhotovil:**

**Dátum:**

**Podpis:**

Príloha\*: - výpis z obchodného registra  
- výpis zo živnostenského registra  
- licencia

\* priložiť čo sa hodí

Toto tlačivo vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti - lekár, ktorý vydáva potvrdenie o zdravotnom stave klienta a zašle bezodkladne faktúru na Mesto Komárno, Nám. gen. Klapku č. 1, 945 01 Komárno. Mesto Komárno prostredníctvom Mestského úradu Komárno uhradí v zmysle § 80 písm. u/ zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.