

7. Vybraná sociálna služba (hodiace sa zaškrtnite):*A kiválasztott szociális szolgáltatás (a megfelelőt jelölje meg)*Opatrovateľská služba/gondozószolgálat Zariadenie opatrovateľskej služby – ZOS/ gondozószolgáltatást nyújtó intézmény Zariadenie pre seniorov/ nyugdíjasotthon Denný stacionár/idősek napközi otthona **8. Čím žiadateľ odôvodňuje potrebu poskytovania sociálnej služby** *Mivel indokolja a kérelmező a szociális szolgáltatás nyújtásának szükségességét*

.....

.....

.....

.....

9. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:*A kérelmezővel közös háztartásban élő személyek:**(manžel/ka, rodičia, deti, vnuci, zať, nevesta, súrodenci)**(férj/feleség, szülők, gyerekek, unokák, vő, meny, testvérek)*

Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknev	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknev	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknév	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknév

10. Rodinní príslušníci žiadateľa mimo spoločnej domácnosti:*A kérelmező vele nem közös háztartásban élő rokonai:*

Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknev	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknev	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknév	Meno a priezvisko Kereszt- és vezetéknév

11. Prečo rodinní príslušníci nemôžu sami opatrovať žiadateľa ? *Miért nem ápolhatják maguk a családtagok a kérelmezőt?*

.....

.....
12. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony: Abban az esetben, ha a kérelmező nem cselekvőképessé:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu.....
A törvényes képviselő kereszt- és vezetékeve

Adresa Lakcím

PSC Irányítószám

Telefón e-mail.....

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

Volt-e, ill. van-e a kérelmezőnek nyújtva más szociális szolgáltatás? Milyen, mikortól meddig?

Áno Igen druh služby szolgáltatás típusa:.....

Nie Nem

Dôvod ukončenia poskytovania sociálnej služby:

A nyújtott szociális szolgáltatás megszüntetésének oka:

.....
14. Vyhlasenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka) A kérvényező (vagy törvényes képviselője, ill. családtagja) nyilatkozata

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov. *Kijelentem, hogy a kérelemben minden adatot a valóságnak megfelelően tüntettem fel és tudatában vagyok a valótlan adatok megadásából következő jogi következményeknek.*

Dňa Dátum.....

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)
*A kérvényező (vagy törvényes képviselője,
ill. családtagja) olvasható sajátkezű aláírása*

15. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov Az érintett személy hozzájárulása személyes adatai feldolgozásához

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. *Ezennel a személyes adatok védelméről és egyes törvények módosításáról és kiegészítéséről szóló 18/2018 sz. törvény és módosításai értelmében (a továbbiakban csak „adatvédelmi törvény“) hozzájárulásom adom Komárom Városának, székhely Klapka György tér 1, a jelen kérelemben feltüntetett személyes adataim feldolgozásához szociális szolgáltatásokra utaltságom elbírálása céljából a szociális szolgáltatásra utaltságról szóló határozat meghozataláig. Személyes adataim feldolgozásához való hozzájárulásom annak írásbeli visszavonásáig érvényes. A jelen hozzájárulás bármikor visszavonható.*

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 27 zákona číslo 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. *Emellett tudomásul veszem, hogy az érintett személy jogairól a 18/2018 sz. adatvédelmi törvény 27 § rendelkezik.*

Dňa Dátum.....

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)
*A kérvényező (vagy törvényes képviselője,
ill. családtagja) olvasható sajátkezű aláírása*

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu *Orvosi lelet szociális szolgáltatásokra utaltság megítélésére szóló kérvényhez*

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). *A szociális szolgáltatásokról és a 455/1991 sz. egyéni vállalkozási törvény módosításáról és kiegészítéséről szóló 448/2008 sz. törvény 49 § (3) bek. és módosításai alapján az elbírálást végző orvos az egészségügyi elbírálási tevékenység végzésekor annak az orvos által kidolgozott leletből indul ki, akivel a természetes személynek az egészségügyi ellátás biztosításáról szóló szerződése van (szerződött orvos).*

Meno a priezvisko *Kereszt- és vezetéknev:*

Dátum narodenia *Születési idő:*

Trvalý pobyt *Állandó lakhely:*

I. Anamnéza Kórtörténet:

a) osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)
személyes: (különös tekintettel a fogyatékoságra, gyógmódra és kórházi ápolásra)

b) subjektívne ťažkosti:
szubjektív panaszok:

II. Objektívny nález *Objektív lelet:*

Výška *Testmagasság:*

Hmotnosť *Testsúly:*

BMI: (body mass index):

TK (krvný tlak) *VNY (vérnyomás):*

P (pulz) *P (pulzus):*

Habitus *Habitus:*

Orientácia *Orientáció:*

Poloha *Helyzet:*

Postoj *Állás:*

Chôdza *Járás:*

Poruchy kontinencie *Kontinencia zavarok:*

II. A*

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená: *Belgyógyászati megbetegedések esetén meg kell nevezni a fizikális leleteket és kiegészíteni a szakvizsgálatok eredményeivel, ha azokat a mellékelt lelet nem tartalmazza, vagyis:*

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA, *kardiológiai megbetegedések esetén a NYHA funkcionális stádium*
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea, *perifériás érbetegségek esetén a Fontaine stádium,*
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO, *magas vérnyomás esetén a WHO szerinti fokozat,*
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria), *tüdőbetegségek esetén a légzésfunkciós vizsgálat (spirometria),*
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia a ďalšie), *emésztési betegségek esetén (szonográfia, gasztrofibroszkópia, kolonoszkópia és egyéb),*
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium, *reumatikus megbetegedések esetén szeropozitivitás, funkcionális stádium,*
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha), *cukorbetegség esetén dokumentálni a komplikációkat (angiopátia, neuropátia, diabéteszes láb),*
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria, *érezékszervi megbetegedések esetén korrigálhatóság, visus, periméter, beszéd-audiometria vagy objektív audiometria,*
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález, *pszichiátriai megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása,*
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ, *mentális leépülés esetén pszichológiai lelet IQ vizsgálattal,*
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález, *uroológiai megbetegedések esetén a szakvélemény*

csatolása,

- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nálež, *nőgyógyászati megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása,*
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nálež s onkomarkermi, TNM klasifikácia, *onkológiai megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása onkomarkerekkel, TNM-rendszer szerinti besorolás,*
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nálež. *fenilketonuria és hasonló ritka megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása.*

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nálež. *Az orvos csak azokat a részeket tölti ki, amelyek a természetes személy fogyatékoságára vonatkoznak, nem ír fiziológiai leletet.*

II. B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a pórázových stavoch *Ortopédiai és neurológiai megbetegedések, valamint baleset utáni állapot esetén*

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou), *leírni az érintett testrész mozgathatóságát funkcionális meghatározással (goniometria a másik oldallal összehasonlítva),*
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko-rehabilitačný nálež (FBLR nálež), röntgenologický nálež (RTg nálež), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze. *ortopédiai, neurológiai, fizioterapiás-rehabilitációs (FBLR) és röntgenológiai (RTg) lelet, elektromiográfiai (EMG) és elektroencefalográfiai (EEG) vizsgálat, számítógépes tomográfiai (CT) vizsgálatok és nukleáris mágneses rezonancia (NMR) eredménye, denzitometriás vizsgálat, ha ezek nincsenek feltüntetve a mellékelt szakvéleményben.*

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nálež. *Az orvos csak azokat a részeket tölti ki, amelyek a természetes személy fogyatékoságára vonatkoznak, nem ír fiziológiai leletet.*

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

Diagnosztikai összefoglalás (a Betegségek nemzetközi osztályozása alapján funkcionális meghatározással)

Komárno dňa

Komárom,

.....
podpis lekára, ktorý lekársky nálež
vypracoval, a odtlačok jeho pečiatky
az orvosi leletet kidolgozó orvos
aláírása és pecsétje

Vyjadrenie žiadateľa: A kérvényező nyilatkozata:

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. *A szociális szolgáltatásra utaltságról szóló határozat elbírálásának céljára készült Orvosi szakvélemény tartalmával megismerkedtem. Kijelentem, hogy tartalmazza a teljes orvosi dokumentáció minden olyan egészségügyi leletét, amelyek bizonyító anyagokként fognak szolgálni az egészségi állapot és a szociális szolgáltatásra utaltság megítélésére.*

Som si vedomý (á) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave. *Tudatában vagyok az egészségi állapotomra vonatkozó nem teljes adatok feltüntetésének a lehetséges következményeivel is.*

Komárno dňa

Komárom,

.....
čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, alebo rodinného príslušníka),
ktorý žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
*A szociális szolgáltatásra utaltságról
szóló elbírálást kérvényező (vagy törvényes képviselője,
ill. családtagja) olvasható sajátkezű aláírása*

Mesto Komárno - Mestský úrad Komárno
Komárom város - Komáromi Városi Hivatal
IČO Stat. számjel: **00 306 525**, DIČ Adószám: **2021035731**

Kmeňové dáta dodávateľa *A beszállító törzsadatai*

Obchodné meno *Üzleti név:*

.....

Adresa – Ulica, číslo domu *Cím – Utca, házszám:*

.....

Miesto, PSČ *Település, irányítószám:*

.....

Telefón *Telefonszám:*

.....

Fax *Fax:*

.....

E-mail *E-mail:*

.....

IČO Stat. számjel:

.....

DIČ Adószám:

.....

IČ DPH *Közösségi adószám:*

.....

Bankové spojenie *Banki kapcsolat:*

.....

Bankový účet/kód banky *Bankszámlaszám/bank kódja:*

.....

Klient (meno, priezvisko, dátum narodenia) *Ügyfél (kereszt- és vezetéknev, születési idő)*

.....

.....

Trvalý pobyt klienta *Ügyfél állandó lakhelye:*

.....

Vyhotovil *Készítette:*

Dátum *Dátum:*

Podpis *Aláírás:*

Príloha *Melléklet**:

- výpis z obchodného registra *cégnyilvántartási kivonat*
- výpis zo živnostenského registra *magánvállalkozói nyilvántartási kivonat*
- licencia *engedély*

* priložiť čo sa hodí a *megfelelőt mellékelni*

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.

A jelen nyomtatványt az egészségügyi ellátást biztosító orvos tölti ki, aki kiállítja az igazolást az ügyfél egészségi állapotáról, majd haladéktalanul elküldi a számlát Komárom Városának, székhely Klapka György tér 1, 945 01 Komárom. Komárom Városa a Komáromi Városi Hivatal által a szociális szolgáltatásokról és a 455/1991 sz. egyéni vállalkozási törvény módosításáról és kiegészítéséről szóló 448/2008 sz. törvény 80 § u/ pontja és módosításai értelmében a szociális szolgáltatásra utaltságról szóló határozathoz szükséges egészségügyi szolgáltatásokat megtéríti.