**Žiadosť**

**o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

***Kérelem***

***a szociális szolgáltatás ráutaltságának elbírálására***

1.Žiadateľ/ *Kérelmező*: .......................................................................................................................................................

Meno a priezvisko (prípadne rodné číslo)/ *Keresztnév és vezetéknév (esetleg születési szám)*

2. Narodený/ *Született* : .......................................................................................................................................................

Deň, mesiac, rok, miesto, okres/ Nap, hónap, év, hely, járás

3. Bydlisko/ *Lakhely:* ......................................................................................................................................................

4. Štátne občianstvo/ *Állampolgárság*: .......................................................................................................................................................

5. Rodinný stav: /slobodný /á/, ženatý, vydatá, rozvedený /á/, žije s druhom, s družkou\*/ *Családi állapot: /egyedülálló, nős, férjezett, elvált, élettársával él együtt*/ .......................................................................................................................................................

6. Druh sociálnej služby/ *A szociális szolgáltatás típusa*:

⁭ opatrovateľská služba/ *gondozószolgálat*

⁭ zariadenie pre seniorov/ *idősek otthona*

7. Forma sociálnej služby/ *A szociális szolgáltatás formája*:

⁭terénna/ *terep*

⁭pobytová / *bentlakásos*

Dňa/ *Kelt:* ............................................

Telefón/*Telefonszám*: ......................................

Adresa na zasielanie písomností*/ Kézbesétís a következő címre:*:................................................ .......................................................................................................................................................

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

Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa /zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka, uviesť i adresu/.

*A kérvényező sajátkezű olvasható aláírása/ törvényes képviselő vagy családtag aláírása feltüntetni a pontos címet is/.*

Prílohy k žiadosti/ *Mellékletek*:

1. Lekársky nález o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada posúdenieodkázanosti na sociálnu službu./ *A kérvényező kedvezötlen egészségügyi állapotára vonatkozó orvosi adatok.*

2. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov./ *A kérvényező beleegyezése személyi adatainak feldolgozására.*

**LEKÁRSKY NÁLEZ**

**na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu**

***O R V O S I L E L E T***

***a szociális szolgáltatásra való ráutaltság elbírásához***

Podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov zdravotnícke zariadenie je povinné poskytnúť zdravotné výkony na účely sociálnych služieb a peňažných príspevkov na kompenzáciu.

*A szociális szolgáltatásokról szóló 2008-as évi 448-as számú törvény 49 §, 3 bekezdése és a 1991-es évi 455-ös számú ipari vállakozás változásáról és módositásáról szóló törvény értelmében (ipari törvény) az egészségügyi intézmény köteles a szociális szolgáltatások és a kompenzációs pénzügyi hozzájárulások céljából köteles egészségügyi műveletet (ellátást) nyújtani.*

**Meno a priezvisko/ *Keresztév és vezetéknév*: ..........................................................................**

**Dátum narodenia/ *Születési dátum*: .........................................................................................**

**Bydlisko/ *Lakhely:* .....................................................................................................................**

**I. ANAMNÉZA/ *ANAMNÉZIS*:**

**I. 1. osobná/ *1.* *személyi***: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizácia/ *az egészségi károsodára, gyógyítás formájára, kórházba való beutalásra ráméretezve)*

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

**I.2. subjektívne ťažkosti/ *2. szubjektív panaszok*:**

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

**II. OBJEKTÍVNY NÁLEZ/ *OBJEKTÍV LELET*:**

**Výška/ *Magasság:***

**Hmotnosť/ *Testsúly*:**

**BMI:**

**TK/ *Vérnyomás:***

**P/ *Pulzus:***

**Habitus:**

Orientácia/ *Orientáció*: ................................................................................................................

Poloha/ *Állapot*: ...........................................................................................................................

Postoj/ *Állás:* ................................................................................................................................

Chôdza/ *Járás*: .............................................................................................................................

Poruchy kontinencie/ *Vizelettartási zavar*:...................................................................................

II. A\*

**- pri interných ochoreniach všeobecne, fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, tzn./ *belgyógyászati megbetegedésnél általánosan, fizikális lelet és az eredményeket szakkivizsgálásokkal feltölteni, ha nincsenek feltüntetve a csatolt leletben, vagyis.:***

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA/ *kardiológiai megbetegedésnél NYHA funkciós stádiuma,*

- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea/ *végtagok funkciós megbetegedéseinél Fontainea szerinti funkciós stádium,*

- pri hypertenzii stupeň podľa WHO/ *magas vérnyomásnál WHO szerinti fokozat*,

- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria)/ *tüdő megbetegedéseinél funkciós tüdő kivizsgálás (spirometria),*

- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, ...)/ *emésztési panaszoknál (szonográfia, gastrofibroszkopia, kolonoszkopia, ...),*

- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium/ *reumatikus megbetegedéseknél szérumpozitivitás, funkciós stádium,*

- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha)/ *cukorbetegség esetén alátámasztani a komplikációkat (angiopatia, neuropatia, diabetikus láb),*

- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, vísus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria/ *értelmi megbetegedéseknél korrigálás, vísus, periméter, szóbeli vagy objektív audiometer,*

- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález/ *pszichiátriai megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt*,

- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ/ *mentális retardációnál pszichológiai vélemény IQ kivizsgálással,*

- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález/ *urológiai megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt,*

- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález/ *nőgyógyászati megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt,*

- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia/ *onkológiai megbetegedéseknél csatolni a szakorvosi véleményt az onkomarkerrel együtt, TNM klasszifikáció.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia občana, nevypisovať fyziologický nález./ *A leletet kitőltő orvos csak azon részeket tölti ki, melyek a kérvényező egészségügyi károsodását érinti, nem ktölteni a fyziológiai leletet.*

II. B\*

**- pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch/ *ortopédia megbetegedéseknél , neurológiai megbetegedéseknél a baleset utáni állapotoknál:***

- popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou)/ *jellemezni a károsodott rész lendületét s funkciós kifejezéssel (goniometria a másik oldal összehasonlításával)*

- priložiť ortopedický, neurologický, FBRL nález, Rtg, EMG, EEG, CT, MNR, denzitometrické vyšetrenie ak nie sú uvedené v priloženom odbornom náleze/ *csatolni az ortopódiai, neurológiai, FBRL leletet, Rtg, EMG, EEG, CT, MNR, denzitometriai kivizsgálást ha nincsenek a mellékelt szakvéleményben feltüntetve.*

**III. DIAGNOSTICKÝ ZÁVER/ *DIAGNOSZTIKAI ÖSSZEGZÉS*** (podľa MKCH s funkčným vyjadrením/ *a betegségek nemzetközi osztályozása szerint a funkciós kifejezéssel)*

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

V/ Kelt ...................................... dátum ………………………………………………………

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára/

*bélyegző és a kezelő orvos aláírása*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\*Vypisujúci lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia občana, nevypisovať fyziologický nález./ *A leletet kitőltő orvos csak azon részeket tölti ki, melyek a kérvényező egészségügyi károsodását érinti, nem ktölteni a fyziológiai leletet.*