



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TREŇÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TREŇÍN

Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytovanie sociálnej služby monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

podľa ustanovenia § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov potrebu poskytovania sociálnej služby fyzická osoba preukazuje potvrdením o nepriaznivom zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu (v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z.).

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	
Adresa trvalého pobytu:		
Mesto:	Ulica, číslo:	PSC:
Poznámka:		

Anamnéza:

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

Objektívny nález:

Výška:	Váha:	BMI:	TK:	P:
Habitus:	Poloha:			
Orientácia:	Postoj:			
Chôdza:	Poruchy kontinencie:			
Iné údaje:				



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TRENČÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TRENČÍN

Diagnóza:

a) hlavná:

b) ostatné choroby alebo chorobné stavy:

Duševný stav:

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

V, dňa

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky