

**VYJADRENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA
O POSÚDENIE ODKÁŽANOSTI
NA SOCIÁLNU SLUŽBU**

Občiansky preukaz žiadateľa

číslo

séria

Rodné číslo žiadateľa

Doklad k žiadosti

Žiadateľ	_____	_____
	priezvisko (u žien tiež rodné meno)	meno
Narodený	_____	_____
	deň, mesiac, rok	miesto
		okres
Bydlisko	_____	_____
	miesto	ulica
		číslo popisné
		okres
	_____	_____
	pošta	PSČ
Anamnéza (rodinná, osobná, pracovná):		
Objektívny nález (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis):		
Duševný stav, prípadne prejavy narušujúce kolektívne spolunažívanie:		
Diagnóza (slovensky):		Štatistická značka choroby podľa medzinárodného zoznamu
a) hlavná		
b) ostatné choroby, chorobné stavy		
Prílohy: podľa potreby výsledky vyšetrenia chirurgického a interného, neurologického, psychiatrického, ortopedického, popr. laboratórneho vyšetrenia.		

Je schopný chôdza bez cudzej pomoci:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je pripútaný trvale – prevažne na posteľ:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je schopný sám sa obslúžiť:	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Neudrží moč, stolicu: trvale	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
občas	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
v noci	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Potrebuje lekárske ošetrovanie: trvale	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
občas	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Je pod dohľadom špecializovaného oddelenia NsP napr. pľúcneho, neurologického, psychiatrického, ortopedického a chirurgického, poradne diabetickej, protialkolickej a pod.	<input type="checkbox"/> ÁNO*	<input type="checkbox"/> NIE*
Potrebuje osobitnú starostlivosť – akú:		

Iné údaje:

Dňa:

podpis vyšetrujúceho lekára
(menovka)

*Označte správnu odpoveď!