



**Mesto Nová  
Dubnica**

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

**Príloha č. 6**  
Strana: 1/2

podľa ustanovenia § 52 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

Osobné údaje žiadateľa:

|                                |               |      |
|--------------------------------|---------------|------|
| Titul:                         |               |      |
| Meno:                          | Priezvisko:   |      |
| Dátum narodenia                | Rodné číslo:  |      |
| <b>Adresa trvalého pobytu:</b> |               |      |
| Mesto:                         | Ulica, číslo: | PSČ: |
| 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:  |                      |      |     |    |

**Diagnóza:**

|                                          |
|------------------------------------------|
| a) hlavná:                               |
|                                          |
| a) ostatné choroby alebo chorobné stavy: |
|                                          |

|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
|  <b>Mesto Nová<br/>Dubnica</b> | <b>Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej<br/>starostlivosti o nepriaznivom<br/>zdravotnom stave fyzickej osoby, ktorá<br/>žiada o poskytovanie sociálnej služby<br/>monitorovanie a signalizácia potreby<br/>pomoci</b> | <b>Príloha č. 6</b><br>Strana: 1/2 |

**Duševný stav:**

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

V: ..... dňa: .....

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky