

Obec Stránska

Oldalfalva

Obecný úrad Stránska - Sociálny a správny odbor

Oldalfalva Önkormányzati Hivatal, Szociális és Közigazgatási Főosztály

Žiadosť o opätovné posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Ismételt kérelem a szociális szolgáltatásra utaltság megítélésére

1. Žiadateľ / Kérvényező

Meno a priezvisko, titul / Kereszt- és vezetéknev, titulus

.....

Rodné priezvisko (u žien) / Születési név (nőknél)

.....

2. Dátum narodenia / Születési idő

rodné číslo / személyi szám

Adresa trvalého pobytu / Állandó lakcím.....

Adresa prechodného pobytu / Ideiglenes tartózkodási hely

PSČ / Irányítószám

.....

Telefón / Telefonszáme-mail / e-mail.....

3. Kontakt na rodinných príslušníkov:

Családtagok kapcsolati adatai

Meno a priezvisko <i>Kereszt- és vezetéknev</i>	Príbuzenský vzťah <i>Rokonsági viszony</i>	Rok narodenia <i>Születési idő</i>	Kontakt - tel. č. <i>Kapcsolat – telefonszám</i>

4. V prípade, ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony:

Abban az esetben, ha a kérvényező cselekvőképességétől megfosztatott

Meno a priezvisko zákonného zástupcu

A törvényes képviselő kereszt- és vezetékneve

Adresa / Lakcím

.....

PSČ / Irányítószám

Telefón / Telefon.....e-mail / e-mail

5. Vybraná sociálna služba (hodiace sa zaškrtnite):

A kiválasztott szociális szolgáltatás (a megfelelőt jelölje meg)

- Opatrovateľská služba/gonozószolgálat
- Zariadenie opatrovateľskej služby – ZOS/gonozószolgáltatást nyújtó intézmény
- Zariadenie pre seniorov/ nyugdíjasotthon
- Denný stacionár/idősek napközi otthona

6. Doterajší stupeň odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby:

Más természetes személy segítségére való ráutaltság eddigi foka

Sociálna služba poskytovaná od

Szociális szolgáltatások biztosítva

.....-tól

7. Vyhlásenie 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

8. 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 más törvények módosításáról és kiegészítéséről szóló 18/2018 sz. törvény és módosításai értelmében (a továbbiakban csak „adatvédelmi törvény“) hozzájárulásom adom Komárom Városának, székhely Klapka tér 1, a jelen kérelemben feltüntetett személyes adataim feldolgozásához szociális szolgáltatásokra utaltságom elbírálása céljából a szociális szolgáltatásra való ráutaltságról 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 való ráutaltság meghatározása céljából

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 olyan orvos által kidolgozott orvosi leletből indul ki, akivel a természetes személyl szerződéses viszonyban áll (szerződéses orvos).

Meno a priezvisko / *Kereszt- és vezetéknév:*

Dátum narodenia / *Születési idő:*

Trvalý pobyt / *Állandó lakcím:*

I. Anamnéza / Kórtörténet:

a) osobná: (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu)
személyes: (különös tekintettel a fogyatékosagra, gyógymódra 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 mások
- 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 retardáció esetén pszichológiai lelet IQ vizsgálattal

- pri urológických ochoreniach priložiť odborný nález
urológiai megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása
- pri gynecologických ochoreniach priložiť odborný nález
nőgyógyászati megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia
onkológiai megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása onkomarkerekkel, TNM-klasszifikáció,
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález
fenilketonuria és hasonló ritka megbetegedések esetén a szakvélemény csatolása

*Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

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 poúrazových 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 nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTg nález), 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, fizioteriás-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 nález.

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)

Stránska, dňa

Oldalfalva, anapon

.....
podpis lekára, ktorý lekársky nález
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 szolgáltatásokra való ráutaltságról szóló határozat elbírálásának céljára készült Orvosi szakvélemény tartalmával megismerkedtem. Kijelentem, hogy tartalmazza a teljes orvosi dokumentáció minden olyan egészségügyi leletét, amelyek bizonyító anyagként fognak szolgálni az egészségi állapot és a szociális szolgáltatásokra való ráutaltság értékeléséhez.

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

Stránska dňa

Oldalfalva, a napon

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

Obec Stránska- Obecný úrad Stránska
Oldalfalva - Oldalfalva Önkormányzati Hivatal
IČO Stat. számjel: 00 64 95 38
DIČ Adószám: 2021132817

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 vezetéknév, 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 az ügyfél egészségi állapotáról kiállítja az igazolást az ügyfél egészségi állapotáról, majd haladéktalanul elküldi a számlát Komárom Városának, székhely Klapka tér 1, 945 01 Komárom. Komárom Város 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.