

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o zdravotnom stave žiadateľa na poskytnutie prepravnej služby**

(doklad k žiadosti o uzavretie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby)

|  |
| --- |
| 1. Žiadateľ:  Meno a priezvisko, titul .....................................................................................................  Rodné priezvisko (u žien) ................................................................................................ |
| 2. Dátum narodenia ........................................ rodné číslo .................................................  Adresa trvalého pobytu ....................................................................................................  Adresa prechodného pobytu............................................................................................  PSČ.......................................... Telefón ........................................................................... |
| 3. Kontakt na rodinného príslušníka .................................................................................. |
| 4. Diagnóza (slovensky)  a.) hlavná :  b.) ostatné choroby alebo chorobné stavy    Objektívny nález Popis nepriaznivého zdravotného stavu. |
| 7 . Iné údaje:   1. je schopný chôdze bez cudzej pomoci ÁNO - NIE 2. je schopný pohybu po rovine ÁNO - NIE 3. je schopný chôdze po schodoch ÁNO - NIE |

**Vyjadrenie lekára**: Na základe posúdenia zdravotného stavu žiadateľa **potvrdzujem**, že žiadateľ :

**1. má/nemá** obmedzenú schopnosť pohybu po rovine alebo po schodoch

**2. má/nemá** obmedzenú schopnosť orientácie ( nehodiace sa škrtnite)

**Poskytovanie prepravnej služby:**

1. ***odporúčam* :**

**- jednorázovo**

* + **na dobu určitú** (uviesť obdobie) ................................................

* + **na dobu neurčitú** (stav je trvalý) ...............................................

1. ***neodporúčam***

Žiadateľ je : a. ) samostatný

b.) potrebuje doprovod ( nehodiace sa škrtnite)

V ................................. dňa....................................

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

Podpis a pečiatka lekára