

**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