

**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí,**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**ŽIADOSŤ O ZABEZPEČENIE INÝCH ČINNOSTÍ**

**.................................................................**

(názov zariadenia sociálnych služieb)

**Žiadateľ:**

1. **Meno a priezvisko:** ............................................................................................................................
2. **Dátum narodenia:** ........................................................ **Rodné číslo:** ..............................................
3. **Trvalý pobyt:** .................................................................................................... **PSČ:** ........................
4. **Číslo zmluvy:** ................................./...................................**/OSV-SDS** zo dňa .................................
5. **Ochrana osobných údajov:**

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle https://www.banskabystrica.sk/urad/ochrana-osobnych-udajov/, ako aj vo fyzickej podobe v  sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.“

|  |  |
| --- | --- |
| **Druh ďalších služieb** | **Interval poskytovania služby** |
| **x/týždeň** | **x/mesiac** | **x/štvrťrok** | **x/podľa potreby** |
| Zabezpečenie kaderníckych služieb  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie pedikérskych služieb  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie prepravy formou – sanitky, taxislužby, prepravnej služby |  |  |  |  |
| Zabezpečenie liekov od ošetrujúceho lekára |  |  |  |  |
| Zabezpečenie výberu liekov na lekársky predpis |  |  |  |  |
| Zabezpečenie poukazu inkontinenčných pomôcok a všeobecného zdravotníckeho materiálu  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie výberu inkontinenčných pomôcok a všeobecného zdravotníckeho materiálu  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom ADOS  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie vyšetrenia v dispenzárnej starostlivosti  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie návštevnej činnosti lekára u prijímateľa  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie zmeny obvodného lekára  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie nákupu hygienických a iných osobných potrieb prijímateľovi  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie pomôcok  |  |  |  |  |
| Zabezpečenie regeneračno-rekondičných služieb:klasická masáž:\* [ ]  celého chrbta [ ]  krčnej chrbtice [ ]  horné končatiny [ ]  dolné končatiny[ ]  lavaterm [ ]  magnetoterapia[ ]  elektroliečba TENS[ ]  biolampa[ ]  individuálne cvičenie |  |  |  |  |

\*(hodiace sa označte „X“)

1. **Vyhlásenie žiadateľa** (zákonného zástupcu)**:**

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý/á právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa …..................................

 ….................................…................................... podpis žiadateľa (zákonného zástupcu)



**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa**

**Diagnóza a popis zdravotného stavu/rehabilitačná diagnóza:**

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

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

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

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

**Konkrétne odporučenie regeneračno-rekondičnej služby - individuálne cvičenie:**

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

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

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

[ ]  **súhlasím** [ ]  **nesúhlasím** s poskytovaním regeneračno-rekondičnej služby - individuálne cvičenie.

Dňa ….............................

 ….................................….......................................

 pečiatka a podpis odborného lekára