



LEKÁRSKE POTVRDENIE PRE PRIZNANIE OSOBITNÝCH RODINNÝCH PRÍDAVKOV ALEBO ZVÝŠENÝCH RODINNÝCH PRÍDAVKOV NA DETI SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Nariadenie č. 1408/71: článok 73; článok 74
Nariadenie č. 574/72: článok 86; článok 88

A. Žiadosť o potvrdenie

Vyplní inštitúcia zodpovedná za priznanie rodinných dávok.

1.	<input type="checkbox"/> Zamestnanec	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba		
1.1.	Priezvisko ^(1a)			
1.2.	Mená	Predchádzajúce priezviská ^(1a)	Miesto narodenia ^(1b)	
1.3.	Dátum narodenia	Pohlavie	Štátna príslušnosť	Identifikačné/poistné číslo ^(1c)
1.4.	Adresa ⁽²⁾			

2.	Dieťa, pre ktoré sa žiada potvrdenie			
2.1.	Priezvisko ^(1a)			
2.2.	Mená			
2.3.	Miesto narodenia ^(1b)	Dátum narodenia	Pohlavie	Identifikačné/poistné číslo ^(1c)
2.4.	Adresa ⁽²⁾			

3.	Inštitúcia zodpovedná za priznanie rodinných dávok			
3.1.	Názov			
3.2.	Adresa ⁽²⁾			
3.3.	Referenčné číslo spisu			
3.4.	Pečiatka	3.5.	Dátum	
		3.6.	Podpis	

B. Potvrdenie

Lekár určený inštitúciou miesta bydliska vyšetřovaného dieťaťa vyplní túto a nasledujúcu stranu a zašle ich inštitúcii uvedenej v tabuľke 3. Priloží k nim všetku najnovšiu lekársku dokumentáciu (fotografie, röntgenové snímky, výsledky lekárskych vyšetření atď.) (4).

4.

- 4.1. Vek dieťaťa v deň vyšetřenia: rokov mesiacov
 Hmotnosť dieťaťa: kilogramov gramov výška: centimetrov
- 4.2. Psychomotorická retardácia
 Retardácia so zohľadnením bežnej úrovne pre vek dieťaťa: Áno Nie
 Ak áno, prosím, presne určite:
- 4.3. Samostatnosť
- | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Môže dieťa sedieť bez pomoci? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie | Chodí? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| Hovorí? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie | Oblieka sa bez pomoci? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| Môže jesť bez pomoci? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie | Vie písať? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie (3) |
| | | | Pomočuje sa? | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie (3) |
- 4.4. Pomoc
 Vyžaduje stav dieťaťa pomoc inej osoby? Áno Nie
 Sústavnú pomoc? Áno Nie Každodennú pomoc, nie však sústavnú? Áno Nie
 Alebo iné opatrenia (prosím, uveďte):
- 4.5. Charakter hlavného postihnutia
 Je postihnutie dieťaťa
 zmyslové? zrakové?
 sluchové?
 pohybové:
 duševné: mentálna úroveň
 správanie
 iné
- 4.6. Pôvod zdravotného postihnutia (3)
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| — vrodená anomália | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| — choroba | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| dátum začiatku postihnutia: | | |
| dátum určenia diagnózy: mesiac: rok: | | |
| začiatok liečby: mesiac: rok: | | |
| — úraz | <input type="checkbox"/> Áno | <input type="checkbox"/> Nie |
| dátum úrazu: | | |
- 4.7. Pridružené postihnutia
 Aké?
 Iné poruchy
- 4.8. Dodatočné zistenia
 Postihnutia v rodine:
 Predtým vykonané doplňujúce vyšetřenia:
 (Priložte kópie vyšetření, ak boli vykonané)

4.9. Liečba vrátane rehabilitácie a rekonvalescencie. Aké formy liečby sa poskytujú?

Odkedy?

Ktoré formy liečby sa odporúčajú?

— Operácia:

— Hospitalizácie (posledné tri roky):

— Liečba doma (lieky ...): Odkedy/...../.....

..... Odkedy/...../.....

..... Odkedy/...../.....

— Rehabilitácia: Začiatok Frekvencia Kedy?

Logopédia:

Fyzioterapia:

Pracovná terapia

(Psycho) terapia

Prvá pomoc doma

4.10. Výchovné a vzdelávacie opatrenia

Aké formy výchovy a vzdelávania sa poskytujú?

Odkedy?

Aké formy výchovy a vzdelávania sa odporúčajú?

4.11. Prognóza

Prosím, spresnite:

4.12. ICD (Medzinárodná klasifikácia chorôb – Svetová zdravotnícka organizácia) kód choroby

4.13. Začiatok choroby

4.14. Dátum ďalšej kontroly

5.

5.1. Meno a priezvisko lekára

5.2. Adresa (²)

.....

5.3. Dátum

.....

5.4. Podpis

.....

POKYNY

Vyplňte, prosím, tento formulár tlačným písmom a píšete len na vybodkované riadky. Pozostáva zo štyroch strán, z ktorých žiadna sa nemôže vynechať, ani vtedy, ak neobsahuje žiadne relevantné informácie. Vyplní sa v jazyku lekára vydávajúceho potvrdenie.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol krajiny, ktorej legislatíve podlieha pracovník: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH = Švajčiarsko.
- (^{1a}) V prípade španielskych štátnych príslušníkov uveďte obidve mená.
V prípade portugalských štátnych príslušníkov uveďte všetky mená (mená, priezviská, rodné priezviská) v poradí osobného stavu, ako sú uvedené v preukaze totožnosti alebo v pase.
- (^{1b}) V prípade portugalských okresov uveďte tiež farnosť a miestny úrad.
- (^{1c}) Ak sa formulár zasiela českej inštitúcii, uveďte rodné číslo; cyperskej inštitúcii: v prípade cyperského štátneho príslušníka uveďte cyperské číslo totožnosti, v prípade iného ako cyperského štátneho príslušníka uveďte číslo cudzineckého registračného certifikátu (ARC); dánskej inštitúcii: uveďte číslo CPR; fínskej inštitúcii: uveďte registračné číslo obyvateľstva; švédskej inštitúcii: uveďte osobné číslo (personnummer); islandskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (kennitala); lichtenštajnskej inštitúcii: uveďte poistné číslo AHV; litovskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti; lotyšskej inštitúcii: uveďte číslo totožnosti; maďarskej inštitúcii: uveďte číslo TAJ (identifikácia sociálneho poistenia); maltskej inštitúcii: v prípade maltských štátnych príslušníkov uveďte číslo preukazu totožnosti alebo v prípade iných ako maltských štátnych príslušníkov uveďte maltské číslo sociálneho zabezpečenia; nórskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (fødselsnummer); belgickej inštitúcii: uveďte národné číslo sociálneho zabezpečenia (NISS); nemeckej inštitúcii všeobecného systému dôchodkového poistenia: uveďte číslo poistenia (VSNR); španielskej inštitúcii: uveďte číslo v národnom preukaze totožnosti (DNI) alebo N.I.E v prípade cudzincov, aj keď je preukaz neplatný; poľskej inštitúcii: uveďte číslo PESEL a NIP; portugalskej inštitúcii: uveďte tiež registračné číslo vo všeobecnom dôchodkovom systéme, ak daná osoba bola poistená v systéme sociálneho zabezpečenia pre štátnych zamestnancov v Portugalsku; slovenskej inštitúcii: uveďte rodné číslo; slovinskej inštitúcii: uveďte osobné číslo totožnosti (EMŠO); švajčiarskej inštitúcii: uveďte poistné číslo AVS/AI (AHV/IV). Ak neexistuje, uveďte „Žiadne“.
- (²) Ulica, číslo, poštové smerovacie číslo, mesto, štát.
- (³) Vyplní sa, len ak je za priznanie rodinných dávok zodpovedná belgická alebo slovenská inštitúcia.
- (⁴) V Slovinsku vyplňuje lekárska komisia menovaná ministerstvom práce, rodiny a sociálnych vecí.