

HLÁSENIE O OSOÁCH S PODOZRENÍM NA ICH ZANEDBÁVANIE, TÝRANIE, ZNEUŽÍVANIE A O OSOÁCH, NA KTORÝCH BOLO PÁCHANÉ NÁSILIE - DETI/CHRÁNENÉ OSOBY

ROK 2016

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Mesiac spracovania: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> IČO PZS: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Kód PZS: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Názov zariadenia: <input type="text" value=""/> (dopočitany údaj) Meno a priezvisko lekára vyplňujúceho hlásenie: <input type="text" value=""/>
Typ hlásenia	1 - Hlásenie osoby do 18 rokov: <input type="checkbox"/> 2 - Hlásenie inej chránenej osoby (zbavenej svojprávnosti): <input type="checkbox"/>
Identifikačné údaje osoby	Meno: <input type="text" value=""/> Priezvisko: <input type="text" value=""/> Pohlavie (dopočitany údaj): <input type="checkbox"/> Dátum narodenia: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (dopočitany údaj) Rodné číslo: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (dopočitany údaj) Adresa trvalého bydliska: <input type="text" value=""/> Obec: <input type="text" value=""/> Adresa prechodného bydliska: <input type="text" value=""/> Obec: <input type="text" value=""/> Charakter bývania: 1 - domáce prostredie 2 - náhradná rodina 3 - zariadenie 4 - profesionálna rodina 5 - iné <input type="checkbox"/> Iný (vypíši): <input type="text" value=""/> Rodinný stav: 0 - nezistený 1 - slobodný /a/ 2 - vydatá/ženatý 3 - rozvedená /y/ 4 - vdova/vdovec 5 - regist. partnerstvo <input type="checkbox"/> Iný (vypíši): <input type="text" value=""/> Prítomnosť zdravotného postihnutia osoby: 1 - áno 2 - nie 9 - údaj neznámy <input type="checkbox"/> Spôsobilosť: 1 - obmedzená spôsobilosť 2 - nespôsobilosť <input type="checkbox"/>
Identifikácia zákonnej a prívádzajúcej osoby	Zákonná osoba* (jej identif. sa uvádza vo vysvetleniach): 1 - rodič 2 - iná zákonná osoba <input type="checkbox"/> iná zákonná osoba (upresni) <input type="text" value=""/> Matka/ otec/ iná zákonná osoba: Meno: <input type="text" value=""/> Priezvisko: <input type="text" value=""/> Rodné číslo: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Adresa trvalého bydliska: <input type="text" value=""/> Obec: <input type="text" value=""/> Rodinný stav: 0 - nezistený 1 - slobodná /y/ 2 - vydatá/ženatý 3 - rozvedená /y/ 4 - vdova/vdovec 5 - regist. partnerstvo <input type="checkbox"/> Ak iný, upresni (napr. druh/ družka, partneri žijú oddelene): <input type="text" value=""/> Najvyššie dosiahnuté vzdelanie: 1 - základné neukončené 2 - základné ukončené 3 - stredné bez maturity 4 - stredné s maturitou 5 - vysokoškolské bakalárske 6 - vysokoškolské (ostatné) 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Ekonomická aktivita: 0 - dieťa/žiak/student 1 - pravidelne zamestnaný 2 - príležitostne zamestnaný 3 - nezamestnaný 4 - dôchodca-invalidný 5 - dôchodca -starobný 6 - žiadny, závislá od inej osoby 7 - iný 9 - neznámy <input type="checkbox"/> Prívádzajúca osoba: 1 - rodič 2 - starý rodič 3 - iný príbuzný 4 - kamarát 5 - pedagóg 6 - sociálny pracovník 7 - iná osoba (napr. suseda) 8 - cudzia osoba 9 - bez sprievodu <input type="checkbox"/>
Objektívny názor lekára/zdravotníckeho pracovníka	Dátum a čas vzniku podozrenia ZTZ** (identické s oznámením polícii) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> deň mesiac rok hodina minúta Predpokladané miesto vzniku ZTZ: 1 - domácnosť 2 - inštitucionálne zariadenie 3 - iné <input type="checkbox"/> Spôsob ošetrovania: 1 - ambulatný 2 - ústavný <input type="checkbox"/> Miesto ošetrovania: 1 - zdravotnícke zariadenie 2 - iné prostredie <input type="checkbox"/> Vyhovujúca sociálna anamnéza: 1 - áno 2 - nie 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Ak iná, vypíši: <input type="text" value=""/> Predpokladaný mechanizmus, ktorý by mohol súvisieť so ZTZ: <input type="text" value=""/> Rozsah poškodenia: 1 - ľahké 2 - ťažké <input type="checkbox"/> Druh liečby: 1 - konzervatívna 2 - radikálna <input type="checkbox"/> Fyzické príznaky: modriny <input type="checkbox"/> zlomeniny/ poranenie hlavy/ polytrauma <input type="checkbox"/> podvýživa z nedostatku jedla <input type="checkbox"/> odreniny, pomliaždeniny <input type="checkbox"/> podozrenia z topenia dieťaťa <input type="checkbox"/> zápal kože/ svrab <input type="checkbox"/> rana rezná, bodná, sečná <input type="checkbox"/> známky dusení na tele <input type="checkbox"/> opakované ochorenia (nedostatočné oblečenie) <input type="checkbox"/> vytrhané vlasy <input type="checkbox"/> opakované zavšivenie <input type="checkbox"/> opakované ignorovanie liečebných postupov a prehliadok <input type="checkbox"/> popáleniny, obareniny <input type="checkbox"/> deštrukcia a zmena v oblasti análného otvoru <input type="checkbox"/> iné (uviesť:) <input type="text" value=""/> Psychické príznaky: strach z niekoho, z niečoho <input type="checkbox"/> poruchy správania <input type="checkbox"/> prítomnosť šikany <input type="checkbox"/> úzkosť/depresia <input type="checkbox"/> poruchy kognitívne <input type="checkbox"/> dlhodobá izolácia <input type="checkbox"/>
Typ podozrenia na poškodenie / príznaky	Podozrenie na týranie: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> fyzické príznaky <input type="checkbox"/> psychické príznaky <input type="checkbox"/> anamnestický údaj (maloletej os./inej os.) <input type="checkbox"/> Podozrenie na sexuálne zneužívanie: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> fyzické príznaky <input type="checkbox"/> psychické príznaky <input type="checkbox"/> anamnestický údaj (maloletej os./inej os.) <input type="checkbox"/> Podozrenie na znásilnenie osoby: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> fyzické príznaky <input type="checkbox"/> psychické príznaky <input type="checkbox"/> anamnestický údaj (maloletej os./inej os.) <input type="checkbox"/> Podozrenie na zanedbanie starostlivosti: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> fyzické príznaky <input type="checkbox"/> psychické príznaky <input type="checkbox"/> anamnestický údaj (maloletej os./inej os.) <input type="checkbox"/> Podozrenie na intoxikáciu omamnými a psychotropnými látkami (bez th. indikácie): 1 - áno 2 - nie <input type="checkbox"/>
Dátum úmrtia, pričom súvislost	Exitus: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> Dátum úmrtia: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> deň mesiac rok Údaj o dátume úmrtia neznámy: <input type="checkbox"/> Súvisí úmrtie s podozrením na ZTZ? 1 - áno 2 - pravdepodobne áno 3 - pravdepodobne nie 4 - nie 5 - súvislosť neobjasnená <input type="checkbox"/> Blížšie údaje o úmrtí z Listov o prehliadke mŕtveho doplní NCZI:
Doplňujúce informácie lekára pre NCZI	
Vysvetlenia	* Zákonná osoba: rodič, starý rodič, iní príbuzní, pestún (v zariadení), opatrovník (v náhradnej rodine, profesionálnej rodine) ** ZTZ: zanedbávanie, týranie a zneužívanie