

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

ROK 2021

Identifikácia zariadenia	Rok spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mesiac spracovania: <input type="text"/> <input type="text"/> IČO PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kód PZS: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Názov zariadenia: <input type="text"/> (dopočitany údaj) Lekár vyplňujúci hlásenie (v tvare Priezvisko Meno, Titul): <input type="text"/>
Typ hlásenia	1 - Osoba do 18 rokov: <input type="checkbox"/> 2 - Chránená osoba (zbavená svojprávosti): <input type="checkbox"/>
Identifikačné údaje osoby	Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Pohlavie (dopočitany údaj): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dátum narodenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dopočitany údaj) (dopočitany údaj) Adresa trvalého bydliska: <input type="text"/> Obec: <input type="text"/> Adresa prechodného bydliska: <input type="text"/> Obec: <input type="text"/> Charakter bývania: 1 - domáce prostredie 2 - náhradná rodina 3 - zariadenie 4 - profesionál. rodina 5 - iné <input type="checkbox"/> Iný (vypíši): <input type="text"/> Rodinný stav: 0 - nezistený 1 - slobodný /ú 2 - vydatá/ženatý 3 - rozvedená /ý 4 - vdova/vdovec 5 - regist. partnerstvo <input type="checkbox"/> 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 privádzajúcej osoby	Základná osoba* (jej identif. sa uvádza vo vysvetleniach): 1 - rodič 2 - iná základná osoba <input type="checkbox"/> iná základná osoba (upresni) <input type="text"/> Matka/ otec/ iná základná osoba: Meno: <input type="text"/> Priezvisko: <input type="text"/> Rodné číslo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adresa trvalého bydliska: <input type="text"/> Obec: <input type="text"/> Rodinný stav: 0 - nezistený 1 - slobodná /ý 2 - vydatá/ženatý 3 - rozvedená /ý 4 - vdova/vdovec 5 - regist. partnerstvo <input type="checkbox"/> Najvyššie dosiahnuté vzdelanie: 1 - základné neukončené 2 - základné ukončené 3 - stredné bez maturity 4 - stredné s maturitou 5 - vysokoškolské bakalárske <input type="checkbox"/> 6 - vysokoškolské (ostatné) 9 - neznáme <input type="checkbox"/> Ekonomická aktivita: 0 - dieťa/žiak/študent 1 - pravidelne zamestnaný 2 - príležitostne zamestnaný 3 - nezamestnaný 4 - dôchodca-invalidný <input type="checkbox"/> 5 - dôchodca -starobný 6 - žiadny, závislá od inej osoby 7 - iný 9 - neznámy <input type="checkbox"/> Privádzajúca 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 nález lekára/zdravotníckeho pracovníka	Dátum a čas vzniku podozrenia ZTZ** (identické s oznámením polície) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> deň mesiac rok hodina minúta Predpokladané miesto vzniku ZTZ: 1 - domácnosť 2 - inštitucionálne zariadenie 3 - iné <input type="checkbox"/> Spôsob oštrzenia: 1 - ambulantný 2 - hospitalizácia <input type="checkbox"/> Miesto oštrzenia: 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"/> Predpokladaný mechanizmus, ktorý by mohol súvisieť so ZTZ: <input type="text"/> 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"/> <input type="checkbox"/> odreniny, pomliaždeniny <input type="checkbox"/> podozrenia z topenia dieťaťa <input type="checkbox"/> zápaly kože/ svrab <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rana rezná, bodná, sečná <input type="checkbox"/> známky dusenia na tele <input type="checkbox"/> opakované ochorenia (nedostatočné oblečenie) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vytrhané vlasy <input type="checkbox"/> opakované zavinienie <input type="checkbox"/> opakované ignorovanie liečebných postupov a prehliadok <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> popáleniny, obareniny <input type="checkbox"/> deflorácia a zmena v oblasti análneho otvoru <input type="checkbox"/> iné (uviesť:) <input type="text"/> 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"/> <input type="checkbox"/>
Typ podozrenia na poškodzovanie / 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 (maloletý 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 (maloletý 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 (maloletý 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 (maloletý 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, príčné súvislosti	Exitus: 1 - áno 2 - nie 9 - neznámy/neudaný <input type="checkbox"/> Dátum úmrtia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> Bližšie údaje o úmrtí z Listov o prehládke mŕtvolu doplní NCZI:
Doplňujúce informácie lekára pre NCZI	
Vysvetlenia	* Základná osoba: rodič, starý rodič, iní príbuzní, pestún (v zariadení), opatrovník (v náhradnej rodine, profesionálnej rodine ...) ** ZTZ: zanedbávanie, týranie a zneužívanie