

Potvrdenie o zdravotnom postihnutí v zmysle prílohy č. 2 Zákona č. 443/2010 Z.z.

Potvrdzujem, že:

Meno:, nar.:,

bytom..... je osobou so zdravotným postihnutím:
(zakrúžkovať príslušné zdravotné postihnutie / postihnutia):

1. Roztrúsená mozgovomiechová skleróza
 - a. stredne ťažká forma,
 - b. ťažká forma (triparéza a kvadruparéza).
2. Koordinačné poruchy a poruchy rovnováhy – ťažká forma (s nemožnosťou samostatného pohybu).
3. Čiastočné a úplné mozgové obrny (pyramídového a extrapyramídového pôvodu)
 - a. hemiplégia,
 - b. paraplégia,
 - c. kvadraplégia,
 - d. hemiparéza ťažkého stupňa,
 - e. paraparéza ťažkého stupňa,
 - f. kvadraparéza ťažkého stupňa.
4. Poškodenie miechy
 - a. hemiplégia,
 - b. paraplégia,
 - c. kvadraplégia,
 - d. hemiparéza ťažkého stupňa,
 - e. paraparéza ťažkého stupňa,
 - f. kvadraparéza ťažkého stupňa.
5. Spondylartritída ankylozujúca – Bechterevova choroba - ťažký stupeň postihnutia chrbtice s ankylozou bedrových kĺbov.
6. Myopatie, kongenitálne, progresívne svalové dystrofie (Duchenneov, Beckerov typ a pod.), zápalové myozitídy, polyomyozitídy a pod., metabolické a endokrinologické
 - a. stredná forma s výrazným obmedzením hýbavosti,
 - b. ťažká forma (imobilita).
7. Myasténia gravis, myastenický syndróm – ťažké formy s výrazným obmedzením hýbavosti.
8. Úplná strata jednej hornej končatiny a jednej dolnej končatiny.
9. Strata oboch dolných končatín v stehne.
10. Strata jednej dolnej končatiny v stehne a jednej dolnej končatiny v predkolení s krátkymi amputačnými kýpťami s výrazne zníženou funkciou amputovaného kýpťa.
11. Strata jednej dolnej končatiny v bedrovom kĺbe alebo s veľmi krátkym amputačným kýpťom.
12. Strata jednej dolnej končatiny v stehne po kolenný kĺb.
13. Strata oboch dolných končatín v predkolení.
14. Stuhnutie oboch bedrových kĺbov
 - a. v priaznivom postavení,
 - b. v nepriaznivom postavení.
15. Stuhnutie jedného bedrového kĺbu v nepriaznivom postavení.
16. Stuhnutie oboch kolenných kĺbov
 - a. v priaznivom postavení,
 - b. v nepriaznivom postavení.

V _____ dňa _____

_____ pečiatka a podpis lekára

Pozn. : Potvrdenie slúži pre účely posúdenia žiadosti fyzickej osoby o prenájom nájomného bezbariérového bytu postaveného s podporou štátu v zmysle zákona č. 443/2010 Z.z. o dotáciách na rozvoj bývania a o sociálnom bývaní v znení neskorších predpisov.