

**OBEC PREDMIER**  
**Predmier 169**  
**013 51 Predmier**

---

Žiadateľ/ka:....., nar.:.....,  
bytom..... je občan s ťažkým zdravotným postihnutím.

**Potvrdenie diagnózy v zozname zdravotných postihnutí**

Príloha č. 2 k zákonu č. 443/2010 Z. z.

1. Roztrúsená mozgovomiechová skleróza
  - a) stredne ťažká forma,
  - b) ťažká forma (triparéza a kvadraparéza).
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 ošetrujúceho lekára

Pozn. : Potvrdenie slúži pre účely posúdenia žiadosti fyzickej osoby o prenájom nájomného bezbariérového bytu postaveného s podporou Štátneho fondu rozvoja bývania.