**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie sociálnej a krízovej intervencie**

**POTVRDENIE DIAGNÓZY**

**V ZOZNAME ZDRAVOTNÝCH POSTIHNUTÍ**

v znení Prílohy č. 2 k zákonu č. 443/2010 Z. z.

**Meno a priezvisko:** ...................................................................................................................................

**Dátum narodenia:** ............................................................ **Rodné číslo:** ..............................................

**Trvalý pobyt:** ........................................................................................................ **PSČ:** ......................

je občan s ťažkým zdravotným postihnutím.

\* Označiť aktuálnu diagnózu.

**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, d) hemiparéza ťažkého stupňa,

b) paraplégia, e) paraparéza ťažkého stupňa,

c) kvadraplégia, f) kvadraparéza ťažkého stupňa.

**4.** Poškodenie miechy

a) hemiplégia, d) hemiparéza ťažkého stupňa,

b) paraplégia, e) paraparéza ťažkého stupňa,

c) kvadraplégia, f) kvadraparéza ťažkého stupňa.

**5.** Spondylartritída ankylozujúca – Bechterevova choroba – ťažký stupeň postihnutia chrbtice s ankylózou 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 hybnosti, b) ťažká forma (imobilita).

**7.** Myasténia gravis, myastenický syndróm – ťažké formy s výrazným obmedzením hybnosti.

**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.

Dňa ….............................

….................................….......................................

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

**Poznámka:**

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