

**Mesto Komárno**  
**Mestský úrad Komárno - Sociálny a správny odbor**  
**Oddelenie opatrovateľskej a prepravnej služby**

**Potvrdenie odkázanosti na poskytnutie prepravnej služby**

**Žiadateľ:**

**Meno a priezvisko, titul .....**

**Rodné priezvisko (u žien) .....**

**Dátum narodenia ..... rodné číslo .....**

**Adresa trvalého pobytu .....**

**PSČ..... Obec .....**

**Adresa prechodného pobytu (ak žiadateľ má).....**

**PSČ..... Obec .....**

**Telefónny kontakt.....**

.....  
podpis žiadateľa /zákonného zástupcu

**OSOBA S ŤZP**

(vyplní Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny)

**Číslo ŤZP preukazu ....., platnosť preukazu ŤZP do .....**

**Odkázanosť na individuálnu prepravu OMV: ÁNO - NIE**

**Číslo posudku odkázanosti na individuálnu prepravu OMV .....**

**Dňa.....**

.....  
Pečiatka a podpis

Potrebné predložiť aj kópiu preukazu ŤZP a posudku odkázanosti na individuálnu prepravu OMV

## NEPRIAZNIVÝ ZDRAVOTNÝ STAV

(vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

**Objektívny nález** (status praesens generalis, v prípade orgánového postihnutia i status praesens localis)

**Diagnóza** (slovensky):

**a) hlavná**

**b) ostatné choroby alebo chorobné stavy**

**Iné údaje:**

a) je schopný orientácie

**ÁNO - NIE**

b) je schopný pohybu po rovine

**ÁNO - NIE**

c) je schopný chôdze po schodoch

**ÁNO - NIE**

**Vyjadrenie lekára: žiadateľ: a) je**

**b) nie je**

- vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav odkázaný na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom.

**Poskytovanie prepravnej služby:**

**a) odporúčam : - jednorázovo .....**

**- na dobu určitú (uviesť obdobie) .....**

**- na dobu neurčitú (stav je trvalý) .....**

**b) neodporúčam**

Dňa ..... Podpis a pečiatka lekára .....