

**Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti  
pre účely konania vo veci poskytovania prepravnej služby**

**Meno a priezvisko, titul:**

**Dátum narodenia:**

**Adresa trvalého pobytu:**

Podľa § 42 ods. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

týmto potvrdzujeme, že menovaný/á

má\* / nemá\*

nepriaznivý zdravotný stav s obmedzenou schopnosťou pohybu po rovine alebo po schodoch a obmedzenou schopnosťou orientácie.

je\* / nie je\*

odkázaná/ý na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom.

**Menovaný/á je\*:**

- pohyblivý
- čiastočne pohyblivý (môže na krátko opustiť lôžko)
- nepohyblivý (trvale pripútaný na lôžko)

V..... dňa .....

.....  
podpis a pečiatka lekára

---

\* Nehodiace sa prečiarknite

Potvrdenie vyplní poskytovateľ zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných pracovníkoch, stavovských organizácií v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.