**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**(UMÍSTĚNÍ BEZ SOUHLASU UŽIVATELE, BEZ SCHOPNOSTI JEDNAT)**

Jméno a příjmení pacienta: .............................................................

Rodné číslo: .............................................................

Potvrzuje se tímto, že uvedený pacient je těžce zdravotně postiženým, závislým na pomoci jiné osoby, a současně není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen samostatně jednat.

Pacient není schopen\*):

* podpisu,
* pochopit rozsah jednání,
* zastupovat se v jednání,
* přebírat poštu,
* řešit právní souvislosti
* další: .......................................................................................................................... ...................................
* s pacientem se nelze dorozumět.

Neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace formou poskytnutí sociální pobytové služby v ..................................................... by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo pacientův život nebo by mu hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jeho okolí.

Pacient je/není\*) schopen vyslovit souhlas s tím, že bude pobývat v zařízení sociálních služeb pobytového charakteru v ..................................................

Dne: .............................................................

 .............................................................

 podpis a razítko ošetřujícího lékaře

*Tento posudek slouží jako podklad* ***pro jednání a sjednání smlouvy o poskytování sociální služby v ...................................***

\*) prosím, vyberte neschopnost osoby.