**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

*(v souladu s § 43 a § 46 zák. č. 373/2011 Sb., v platném znění, příl. č. 1 bod 5 zák. č. 98/2012 Sb., v platném znění a § 23 zák. č. 108/2006 Sb., v platném znění)*  **PRO POTŘEBY USTANOVENÍ OPATROVNÍKA „PRO ŘÍZENÍ“**

**POŘADOVÉ ČÍSLO** nebo jiné evidenční označení posudku: .......................................................................

**PACIENT (POSUZOVANÝ):**

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

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

Adresa místa trvalého pobytu: ......................................................................................................................

**POTVRZENÍ VYDÁVÁ (POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB):**

Jméno a příjmení posuzujícího lékaře: ..............................................................................................

Obchodní firma, příp. název poskytovatele: ..............................................................................................

Adresa místa poskytování zdravotních služeb: ..............................................................................................

IČO: ..............................................................................................

**ÚČEL VYDÁNÍ POSUDKU:**

Hodnocení zdravotního stavu pacienta, zda je, či není schopen vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jednat samostatně, projevovat vlastní vůli a právně jednat v řízení o sociální dávky.

Tento posudek slouží jako **podklad pro jednání o sociální dávce na předmětném úřadu a ustanovení opatrovníka pro vyřízení sociální dávky.**

**POSUDKOVÝ ZÁVĚR:**

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\*):**

* pochopit rozsah jednání,
* zastupovat se v jednání,
* přebírat poštu a porozumět jí,
* řešit právní souvislosti,
* pochopit k čemu by mu sloužila sociální dávka a jak by ji měl využít,
* právně se bránit, pokud by s rozhodnutím o sociální dávce nesouhlasil, či si najít pomoc pro tuto obranu,
* s pacientem se nelze dorozumět,
* další: ...................................................................

Pacient je/není\*) schopen vyslovit souhlas s tím, že ho v řízení bude zastupovat jako opatrovník pan/paní .................................................................., nar. ............................., který/á je jeho ................ (dcera, syn, manžel, partner, rodič, jiná osoba).

Lékaři je/není\*) tato osoba známa a ze své praxe doporučuje/nedoporučuje\*) jeho/její dopomoc   
a zastupování v řízení o příspěvek na péči.

**Pokud by se pacient zastupoval v řízení sám, nelze říct, že by byl plně rovnocenným účastníkem řízení.**

Stanovuje se datum ukončení platnosti posudku ANO / NE\*) do ..................................................................

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

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

podpis a razítko ošetřujícího lékaře

*\*) prosím, vyberte neschopnost osoby*

**POUČENÍ:**

*Má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Osoba, které uplatněním posudku vznikají práva nebo povinnosti a které byl posudek předán posuzovanou osobou, může návrh na přezkoumání lékařského posudku podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání, a to poskytovateli uvedenému ve větě první. Práva na přezkoumání lékařského posudku se lze vzdát. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek*