**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ**PRO POTŘEBY UMÍSTĚNÍ BEZ SOUHLASU UŽIVATELE DO SOCIÁLNÍ SLUŽBY

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 a porozumět jí,
* řešit právní souvislosti,
* pochopit k čemu by mu sloužilo poskytnutí služby
* vyřešit svoji zdravotní situaci bez sociální služby
* další: ..........................................................................................................................
* s pacientem se nelze dorozumět.

**Neposkytnutí okamžité pomoci** při řešení nepříznivé sociální situace formou poskytnutí sociální pobytové služby 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.

Doporučuje se umístění do:

sociální služby: ...............................................................

adresa .............................................................................

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*