**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE o soběstačnosti:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele:** |  |
| **Datum narození:** |  |
| **V jakých úkonech potřebuje žadatel pomoc, podporu?** |  |
| **Jaké kompenzační pomůcky žadatel používá?** |  |
| **Trpí žadatel psychiatrickým onemocněním?** |  |
| **Je žadatel trvale upoután na lůžko?** |  |
| **Je žadatel závislý na alkoholu či jiných návykových látkách?** |  |

**Datum a místo podpisu: Podpis lékaře:**