

VYJÁDRĚNÍ 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: