**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

Příloha č. 4

**Jméno a příjmení posuzované osoby**: ……………………………………………………………………………………………….…..…………

**Datum narození osoby:** …………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Bydliště osoby**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……...

**ČÁST A**

**Schopnost osoby samostatně právně jednat**

***(****pozn.: Pokud má posuzovaná osoba soudně určeného opatrovníka nebo zástupce členem domácnosti, část A nevyplňujte.****)***

Tento lékařský posudek slouží Domovu u fontány (poskytovatel sociálních služeb) jako podklad pro uzavření smlouvy o poskytování sociální služby v souladu s § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, dle kterého *„osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52, obecní úřad obce s rozšířenou působností podle sídla tohoto zařízení“*.

Vyjádření lékaře ke zdravotnímu stavu výše uvedené osoby s ohledem na její schopnost samostatně jednat:

 **Osoba je schopna samostatně právně jednat, není třeba zahajovat řízení o omezení svéprávnosti,**

**zastoupení členem domácnosti ani jiného podpůrného opatření.**

 **Osoba není schopna samostatně právně jednat, doporučuji zahájit řízení o omezení svéprávnosti,**

**zastoupení členem domácnosti či jiného podpůrného opatření.**

Neposkytnutím pomoci by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo život dané osoby nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí.)

Poznámka, další informace:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

**ČÁST B**

**Schopnost osoby orientovat se v prostředí**

Tento lékařský posudek slouží Domovu u fontány (poskytovatel sociálních služeb) jako podklad pro možné podání podnětu o zahájení řízení o vyslovení nepřípustnosti držení v zařízení sociálních služeb v případě projevu nesouhlasu osoby s pobytem v zařízení sociálních služeb v souladu s § 84 zákona č. 292/2013 Sb.,
o zvl. řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.

 **Osoba je schopna orientace a samostatného pohybu i mimo domácí prostředí, není nezbytné**

**zajišťovat doprovod druhé osoby.**

 **Osoba není schopna orientace a samostatného pohybu mimo domácí prostředí a hrozí zde reálné**

**riziko ztráty, bloudění, ohrožení na životě či zdraví osoby.**

Poznámka, další informace:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

**Datum vystavení**: ………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………….

**Jméno a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení**