**Vyjádření lékaře o neschopnosti samostatně jednat**

Jméno, příjmení: …………………………………………

Datum narození: …………………………………………

Bytem:……………………………………………………

Prohlašuji, že výše jmenovaný/á, který/á je mým pacientem/kou, není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen/a samostatně jednat.

Dne…………………………

 ……………………………………

 Razítko a podpis lékaře