



## LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

### k žádosti o ustanovení zvláštního příjemce dávek důchodového pojištění

Jméno a příjmení

Adresa trvalého bydliště

Rodné číslo

Potvrzuji, že výše jmenovaný/ná vzhledem ke svému trvale a dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu:

je  **schopen/a**             **neschopen/a** přebírat svůj důchod a účelně s ním nakládat

je  **schopen/a**             **neschopen/a** vyjádřit svůj souhlas s ustanovením zvláštního příjemce důchodu

je  **schopen/a**             **neschopen/a** podpisu.

V současné době výše jmenovaný/á příjemce důchodu

**je**  **není** hospitalizován ve zdravotním zařízení. Pokud ano, ve kterém?

.....  
Stručný popis zdravotního stavu

.....

.....

V ..... dne.....

.....  
Podpis a razítko ošetřujícího lékaře