

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

.....
(Miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej/ prowadzenia rodzinnego domu
dziecka/dyrektora placówki opiekuńczo – wychowawczej typu rodzinnego

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

.....
(Imię i nazwisko kandydata/pacjenta)

.....
(Dokładny adres zamieszkania)

PESEL:

1. Krótki opis stanu zdrowia kandydata/pacjenta (aktualny).

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Od kiedy kandydat/pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

.....

3. Zlecone konsultacje specjalistyczne:

.....
.....
.....

4. Czy kandydat/pacjent posiada nałogi, jeśli tak to jakie?

.....
.....

5. Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia:

.....
.....
.....

6. Kandydat/pacjent posiada/nie posiada* przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

7. Kandydat/pacjent jest zdolny/nie jest zdolny* do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić