

.....
Pieczeńc zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka

Proszę wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko kandydata/pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

1. Krótki opis stanu zdrowia kandydata/pacjenta

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

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 zaznaczyć