

Miejscowość

.....
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania /pobytu/

1. Krótki opis stanu zdrowia

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

2. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

3. Wykaz koniecznych lub zleczanych konsultacji specjalistycznych, np. z poradni zdrowia
psychicznego

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

4. Czy W/w Pan/Pani jest zdolny/zdolna do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:

jest niezdolny

jest zdolny

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie