

.....
Pieczętka zoz lub nzo

Miejscowość
Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych
do pełnienia funkcji rodziny zastępczej wydane dla potrzeb instytucji pomocy
społecznej i pieczy 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. W/w Pan/Pani posiada przeciwwskazania / nie posiada przeciwwskazań* do pełnienia
funkcji rodziny zastępczej.**

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić