....………………………

(miejscowość i data)

……………………………………….

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**

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

Imię i nazwisko pacjenta ......................................................…………………………………….........................................

Adres zamieszkania.......................................................................................................................

PESEL ................................................................................……………………………………..

Ogólny stan zdrowia (np. choroby przewlekłe): ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………...

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok) ...............................................

Zlecone konsultacje specjalistyczne .......................................................................................................................................................

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

Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia: .......................................................................................................................................................

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

Czy pacjent był lub jest w trakcie leczenia psychiatrycznego:

* tak
* nie
* brak informacji

Czy pacjent był lub jest w trakcie leczenia w poradni uzależnień:

* tak
* nie
* brak informacji

Przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:

* posiada
* nie posiada

Osoba zdolna do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:

* tak
* nie

Uwagi:..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…….......................................................................................

(Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

\*właściwe zaznaczyć