Załącznik nr 4

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

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość i data

lub praktyki lekarskiej

# Zaświadczenie lekarskie

## o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań zdrowotnych

## do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka

Proszę wypełnić czytelnie z języku polskim

Imię i nazwisko kandydata/pacjenta ...........................................................................................

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………

PESEL

1. Krótki opis stanu zdrowia kandydata/pacjenta

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

1. Zlecone konsultacje specjalistyczne

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Kandydat/pacjent posiada/nie posiada\* przeciwwskazania zdrowotne do pełnienia funkcji rodziny zastępczej
2. Kandydat/pacjent jest zdolny/nie zdolny\* do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

………………………………………………………

pieczęć i podpis lekarza

\*właściwe zaznaczyć