

Miejscowość, data.....

Pieczęć ośrodka zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Stan zdrowia pacjenta/pacjentki*.....

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

pozwała/ nie pozwala* na pełnienie funkcji rodziny zastępczej.

Nie stwierdzono/ stwierdzono* przeciwwskazań zdrowotnych.

Pacjent nie jest/jest* pod opieką poradni specjalistycznej:

psychiatrycznej, odwykowej, neurologicznej, inne.....

(właściwe podkreślić)

*niepotrzebne skreślić.

.....

Podpis i pieczęć lekarza