

.....  
(pieczęć przychodni/gabinetu)

.....  
(data)

**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

Data rozpoczęcia leczenia:.....

Data urodzenia: .....

Data zakończenia leczenia:.....

Rozpoznanie:.....

**Zaświadczenie lekarskie dla celów adopcyjnych**

Opis objawów i przebiegu leczenia:

.....  
.....

Rokowania:

.....

Ocena zdolności wypełniania roli rodzicielskiej – Czy stan zdrowia kandydata na rodzica adopcyjnego umożliwia stworzenie stabilnego i bezpiecznego środowiska rodzinnego dla dziecka?\*

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

*\*Nadrzędnym celem adopcji jest dobro dziecka, którego nie wolno traktować jako instrumentu w terapii rodzica adopcyjnego*

.....  
(pieczęć przychodni/gabinetu)

.....  
(data)

**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

Data rozpoczęcia leczenia:.....

Data urodzenia: .....

Data zakończenia leczenia:.....

Rozpoznanie:.....

**Zaświadczenie lekarskie dla celów adopcyjnych**

Opis objawów i przebiegu leczenia:

.....  
.....

Rokowania:

.....

Ocena zdolności wypełniania roli rodzicielskiej – Czy stan zdrowia kandydata na rodzica adopcyjnego umożliwia stworzenie stabilnego i bezpiecznego środowiska rodzinnego dla dziecka?\*

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

*\* Nadrzędnym celem adopcji jest dobro dziecka, którego nie wolno traktować jako instrumentu w terapii rodzica adopcyjnego*