Załącznik nr 5 do Procedury Kwalifikowania

………………………………………………

miejscowość, data

 ……………………………………….

 pieczątka nagłówkowa przychodni

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ O STANIE ZDROWIA I BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO PEŁNIENIA FUNKCJI RODZINY ZASTĘPCZEJ / PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU DZIECKA**

wydane na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 5a oraz art. 45a ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Od kiedy pacjentka / pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Krótki opis stanu zdrowia pacjentki / pacjenta, w tym choroby przewlekłe i przyjmowane leki:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wykaz koniecznych lub zlecanych konsultacji specjalistycznych:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. W/w pacjentka / pacjent nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych i jest zdolna / zdolny do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem: (właściwą odpowiedź zaznaczyć krzyżykiem)

 jest zdolna / zdolny jest niezdolna / niezdolny

Zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pucku na podstawie art. 42 ust. 1 pkt 5a oraz art. 45a Ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Kandydaci zakwalifikowani do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, rodziny zastępczej niezawodowej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, rodziny zastępcze zawodowe, rodziny zastępcze niezawodowe i osoby prowadzące rodzinne domy dziecka są obowiązani do przedstawiania, co 2 lata, odpowiednio organizatorowi rodzinnej pieczy zastępczej, który przeprowadził wstępną kwalifikację kandydata do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, staroście powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania rodziny zastępczej lub prowadzącego rodzinny dom dziecka, staroście powiatu, który zawarł umowę o pełnienie funkcji rodziny zastępczej zawodowej, w przypadku, o którym mowa w art. 54 ust. 3a, albo staroście, który organizuje rodzinny dom dziecka na terenie innego powiatu, zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,

 …………………………………......................

 podpis i pieczątka lekarza