

**Lékařské vyšetření žadatele o náhradní rodinnou péči – vyplní registrující
praktický lékař**

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Bydliště:

Diagnostický souhrn:

Současná terapie:

Přiložené odborné nálezy:

Datum:

razítko a podpis lékaře