

**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/lékařky**