תעודת רופא

שם הרופא/ה _____

מענו/ה _____

מקום העבודה _____

מספר רישיון _____

אני החת"מ מעיד/ה ומאשר/ת בזאת כי ביום _____ במקום _____

בדקתי את _____ ת.ז. _____ ומצאתי בו/בה את

הממצאים הבאים:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

החולה מסוגל/ת לטפל בענייניו/ה בעצמו/ה: כן / לא

החולה מסוגל/ת להביע את דעתו/ה לעניין אפוטרופסות: כן / לא

תעודה זו ניתנה על ידי לשם הגשת כראייה לבית המשפט, והריני מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי שלעניין חוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין תעודה זו, כשהיא חתומה בידי, כדי עדות בשבועה בבית המשפט.

_____ תאריך

_____ חתימה וחותמת