
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O PRZYCZYNACH I RODZAJU USZKODZEŃ CIAŁA
ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM PRZEMOCY W RODZINIE
NA PODSTAWIE ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA
Z DNIA 22.10.2010 R. (Dz.U. NR 201, POZ. 1334)

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej

.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej

.....

.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeżeli posiada)

.....

4. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie

.....

5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu

.....

.....

.....

6. Pełna nazwa świadczeniodawcy* wystawiającego zaświadczenie

.....

.....

7. Data i godzina przeprowadzenia badania

.....

8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia

.....

9. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania

.....

.....

.....

.....

.....

* Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(czytelny podpis i pieczęć lekarza)