

Lat Mr 3

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 22 października 2010 r (poz. 1334)

WZÓR

**Zaświadczenie lekarskie
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała
związanych z użyciem przemocy w rodzinie**

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 (jeśli 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

.....

.....

.....

.....

.....
(czytelny podpis i pieczęć lekarza)

*) 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.).