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

(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

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

(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.).