

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. (Dz. U. poz. 1827)

WZÓR

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

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. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu:

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

5. Pełna nazwa świadczeniodawcy\*) wystawiającego zaświadczenie:

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

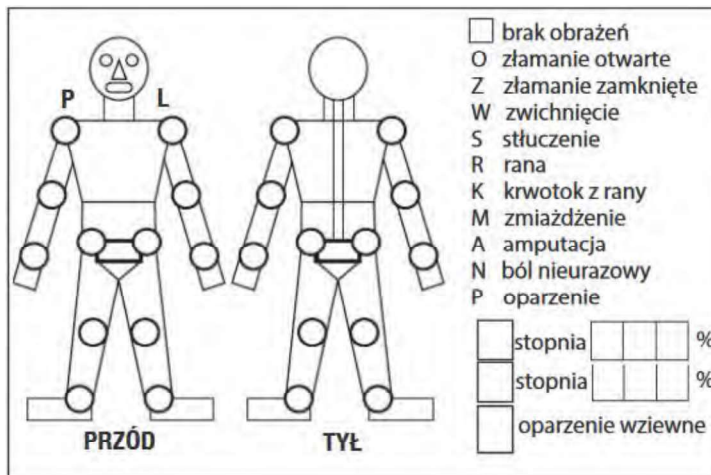
6. Miejsce, data i godzina rozpoczęcia i zakończenia badania:

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

\*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).



10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:



11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(nadruk lub pieczętka zawierająca co najmniej imię i nazwisko,  
specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza  
oraz podpis lekarza przeprowadzającego badanie)