Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia … (Dz. U. … poz. …)

*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. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie

……………………………………………………………………………………………………………

5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Pełna nazwa świadczeniodawcy[[1]](#footnote-1)1) 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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

(nadruk lub pieczątka zawierająca co najmniej imię i nazwisko,  
 specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza oraz podpis lekarza)

1. 1) 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, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658). [↑](#footnote-ref-1)