

**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<sup>\*)</sup> wystawiającego zaświadczenie  
.....  
.....
7. Data i godzina przeprowadzenia badania .....  
.....
8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia .....

---

<sup>\*)</sup> 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.).

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)