


**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


DYREKTOR
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Opieki
Warszawa - Mokotów
Alicja Dąbrowska

*) 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.).

