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.).

7. Miejsce, data i godzina wystawienia zaświadczenia:

.....

.....

.....

8. Wywiad obejmujący okoliczności doznania uszkodzeń ciała, w szczególności miejsce, czas i sposób ich powstania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Badanie fizykalne obejmujące charakterystykę uszkodzeń ciała, w szczególności okolicę anatomiczną, rodzaj, liczbę, wielkość, kształt, przebieg, brzeg i barwę, a także ich wpływ na sprawność części ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

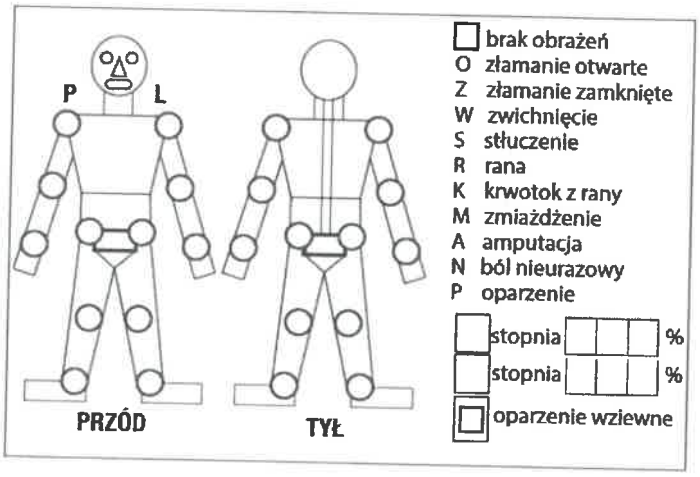
.....

.....

.....

.....

10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:



11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Mokotów

Alicja Dąbrowska