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

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby badanej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Adres zamieszkania osoby badanej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Rodzaj, seria i numer dowodu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeśli posiada):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Pełna nazwa świadczeniodawcy\*) wystawiającego zaświadczenie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Data i godzina przeprowadzenia badania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Data i godzina wystawienia zaświadczenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czytelny podpis i pieczęć lekarza

albo imię i nazwisko, specjalizacja,

numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza.

\*)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.)