

**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.).

.....

.....

.....

[illegible]

This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of ten sets of horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no other markings or text present.

10. Odzworowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:

PRZÓD TYŁ

☐ brak obrażeń
 O złamanie otwarte
 Z złamanie zamknięte
 W zwichnięcie
 S stłuczenie
 R rana
 K krwotok z rany
 M zmiażdżenie
 A amputacja
 N ból nieurazowy
 P oparzenie

☐	stopnia	☐	☐	☐	%
☐	stopnia	☐	☐	☐	%
☐	oparzenie wziewne				

11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

[illegible]

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