

Załącznik nr 6

do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością
„Wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie”

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

.....
.....

^{*)} 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.).

7. Data i godzina przeprowadzenia badania

.....

8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia

.....

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
albo imię i nazwisko, specjalizacja,
numer prawa wykonywania zawodu
oraz podpis lekarza)