

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 domowej”

**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:

.....
.....
.....

^{*)} 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]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:

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

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

PRZÓD TYŁ

11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

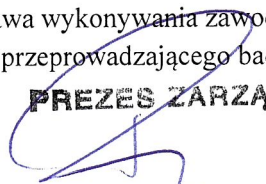
.....

.....

.....

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

PREZES ZARZĄDU CZŁONEK ZARZĄDU


Robert Mazur


Elżbieta Lanc