

Załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych
i Administracji z dnia 26 września 2022 r. (Dz. U. poz. 2004)

WZÓR

.....
(nazwa podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data i godzina)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
.....
(imię i nazwisko, imię ojca, data i miejsce urodzenia osoby badanej)

Stwierdzam*:

brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, w pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym lub okręgowym ośrodku wychowawczym;

wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, w pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich, zakładzie poprawczym lub okręgowym ośrodku wychowawczym oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;

wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:

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

.....
(pieczętka lub oznaczenie** lekarza wystawiającego zaświadczenie
i jego podpis)

* We właściwe pole należy wpisać znak „X”.

** Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko, specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza wystawiającego zaświadczenie. Dane te mogą być naniesione także w formie naklejki lub odręcznie.