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

(nazwa podmiotu leczniczego)

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

(miejscowość, 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, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;
* wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;
* wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(pieczątka lub oznaczenie lekarza\*\*) wystawiającego zaświadczenie i jego podpis)

\*) We właściwe pole □ 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.