

Załącznik nr 1 do uchwały nr 8/2023 Zarządu Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z dnia 8 stycznia 2024 roku w sprawie dokonania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej

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.).

Załącznik nr 1 do uchwały nr 8/2023 Zarządu Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z dnia 8 stycznia 2024 roku w sprawie dokonania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej

9. Badanie fizykalne obejmujące charakterystykę uszkodzeń ciała, w szczególności okolicę anatomiczną, rodzaj, liczbę, wielkość, kształt, przebieg, brzeg i barwę, a także ich wpływ na sprawność części ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

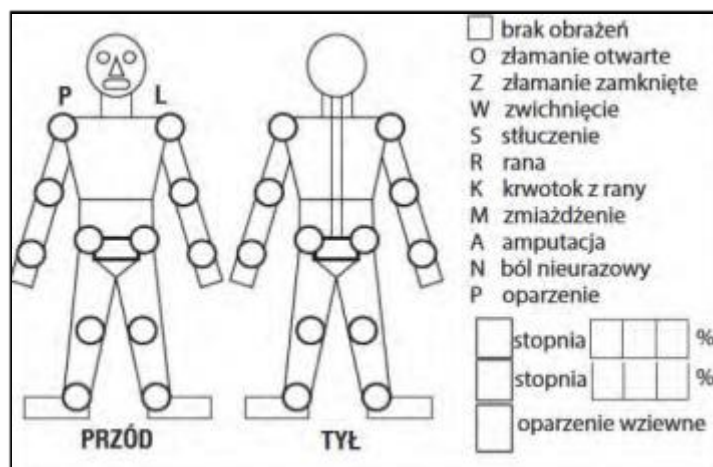
.....

.....

.....

.....

10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:



11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

Załącznik nr 1 do uchwały nr 8/2023 Zarządu Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z dnia 8 stycznia 2024 roku w sprawie dokonania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej

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

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