Wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Dz.U.2010.201.1334 z dnia 2010.10.29
Status: Akt obowiązujący
Wersja od: 29 października 2010r.

Wejście w życie:
29 października 2010 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 22 października 2010 r.

w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z 2009 r. Nr 206, poz. 1589 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

ZAŁĄCZNIK

WZÓR

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
.....
.....
7. Data i godzina przeprowadzenia badania .....
.....
8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia .....

*) 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.).

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

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