

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**  
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

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.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

czytelny podpis i pieczęć lekarza

\*) 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.).