

.....  
pieczęć nagłówkowa jednostki

....., dn. .... r.

### ZLECENIE

przeprowadzenia specjalistycznego badania psychiatrycznego w dniu .....

osoby:

..... s/c .....  
imię i nazwisko

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zam. ....

.....

która:

- oświadcza, że cierpi na schorzenia wymagające stałego lub okresowego leczenia, którego przerwanie spowodowałoby zagrożenie życia lub zdrowia	**
- żąda przeprowadzenia badania lekarskiego	**
- posiada widoczne obrażenia ciała niewskazujące na stan nagłego zagrożenia zdrowia	**
- żąda udzielenia jej pierwszej pomocy medycznej i przeprowadzenia niezbędnych badań lekarskich,	**
- z posiadanych przez Policję informacji lub z okoliczności zatrzymania wynika, że osobą zatrzymaną jest kobieta w ciąży, karmiąca piersią, osobą chorą zakaźnie, osobą z zaburzeniami psychicznymi, nieletni po spożyciu alkoholu lub innego, podobnie działającego środka	**
- jest osobą doprowadzoną w celu wytrzeźwienia	**
- jest osobą doprowadzoną w celu doprowadzenia	**

\*\* - zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pola

.....  
(data i czytelny podpis funkcjonariusza  
zlecającego badanie)

#### ADNOTACJE LEKARZA:

- Potwierdzam wykonanie badania lekarskiego  
i wydanie zaświadczenia w dniu.....
- Wykaz i koszt badań dodatkowych (uzasadnienie wykonania badania dodatkowego)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
( Data i podpis lekarza)

.....  
(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 policyjnym 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:

.....  
(pieczęć 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.

.....  
(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;
- ☐ wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;
- ☐ odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz brak przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego;
- ☐ odmowę poddania się przez ww. osobę badaniu lekarskiemu oraz wystąpienie przesłanek do skierowania jej do podmiotu leczniczego;
- ☐ wskazania do stosowania niżej wymienionych leków w następujący sposób:

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

\* We właściwe pole ☐ wpisać "x".

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