

.....
pieczęć nagłówkowa jednostki

....., dn. r.

ZLECENIE

przeprowadzenia badania lekarskiego/pobrania krwi * 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	**

* - niepotrzebne skreślić

** - 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 lub okręgowym ośrodku wychowawczym,;
- ☐ 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:

.....
(pieczętka 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.

⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

.....
(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.

PROTOKÓŁ
odstąpienia¹ od pobrania krwi

1) Miejsce i czas rozpoczęcia czynności:

.....
(miejscowość, dzień, miesiąc, rok, godzina, minuta)

2) Dane osoby, wobec której odstąpiono od wykonania pobrania krwi:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PESEL, a jeżeli nie posiada, seria i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość)

.....
(wiek i płeć)

.....
(podpis osoby badanej, jeżeli jego złożenie jest możliwe)

3) Dane osoby, która podjęła decyzję o odstąpieniu od wykonania pobrania krwi:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(podpis)

4) Opis okoliczności i przyczyn odstąpienia od wykonania pobrania krwi

.....

5) Opis stanu klinicznego osoby, wobec której odstąpiono od wykonania pobrania krwi

.....

6) Oświadczenia i wnioski osób uczestniczących /obecnych przy odstąpieniu od wykonania pobrania krwi:

.....

7) Omówienie skreśleń i poprawek:.....

.....

8) Do protokołu załączono:

.....
(liczba i rodzaj załączników)

9) Czynność zakończono:.....

(dzień, miesiąc, rok, godzina, minuta)

10) Dane innych osób uczestniczących / obecnych przy odstąpieniu od wykonania pobrania krwi:

1. 2.
(imię, nazwisko i podpis) (imię, nazwisko i podpis)

¹ - zgodnie z dyspozycjami § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2015 r. w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie (Dz. U. z 2018 r. poz. 2472), w przypadku powzięcia uzasadnionego podejrzenia, że pobranie krwi może spowodować zagrożenie życia lub zdrowia osoby badanej, decyzję o odstąpieniu od jej pobrania podejmuje lekarz. Odstąpienie od pobrania krwi utrwała się w formie pisemnego protokołu.