Załącznik nr 1 do umowy

………………………………… …………………………, dn. ………… r.

pieczęć nagłówkowa jednostki

**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 powodowałoby 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:

1. Potwierdzam wykonanie badania lekarskiego

i wydanie zaświadczenia w dniu…………………

1. Wykaz i koszt badań dodatkowych (uzasadnienie wykonania badania dodatkowego)

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

…………………………………………………..

………………………………………….

( Data i podpis lekarza)

Załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych   
z dnia 13 września 2012 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. )

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

(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:

...................................................................................................................................………………………………........................................................................................................................................................……………………………….................

......................................................................................................................................………………………………................

................................................................................................................................………………………………......................

................................................................................................................................………………………………......................

......................................................................................................................................………………………………................

…………………….…...................................................................................

                                                       (pieczątka 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.

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

Załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych

i Administracji z dnia 12.maja 2020 r. (poz. 887)

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

(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:

...................................................................................................................................………………………………...................

.....................................................................................................................................……………………………….................

......................................................................................................................................………………………………................

................................................................................................................................………………………………......................

................................................................................................................................………………………………......................

......................................................................................................................................………………………………................

................................................................................................................................………………………………......................

................................................................................................................................………………………………......................

……………………………………………………………….

                  (pieczątka 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.

Załącznik nr 3 do umowy

**PROTOKÓŁ**

**odstąpienia[[1]](#footnote-1) 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 utrwala się w formie pisemnego protokołu. [↑](#footnote-ref-1)