

.....  
(nazwa podmiotu leczniczego)

.....  
(miejsowość, 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 jej 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 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.

---

27) W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 maja 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie pomieszczeń przeznaczonych dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoi przejściowych, tymczasowych pomieszczeń przejściowych i policyjnych izb dziecka, regulaminu pobytu w tych pomieszczeniach, pokojach i izbach oraz sposobu postępowania z zapisami obrazu z tych pomieszczeń, pokoi i izb (Dz. U. poz. 887), które weszło w życie z dniem 3 czerwca 2020 r.