



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY  
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica  
REGON 000302327 NIP 8741484403

*pieczęćka jednostki*

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE I

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... PESEL 

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

Miejsce urodzenia ..... Imię ojca .....

Stwierdzam:



**Brak przeciwwskazań** medycznych do przebywania w/w osoby w pomieszczeniu, 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 w/w osoby w pomieszczeniu 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 konieczności skierowania jej do podmiotu leczniczego.



**Wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:**

.....

.....

.....

.....

.....

Brodnica, dn. ....

.....  
*pieczęć, podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*

*We właściwe pole należy wpisać „x”*

*Załącznik do Rozporządzenia MSW z dnia 13 września 2012 (poz. 102 (w sprawie badań osób zatrzymanych.)*