



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

Forma attesta w duplikacie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE II

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 oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego.

☐ **Odmowę poddania się** przez w/w osobę badaniu lekarskiemu oraz brak przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego.

☐ **Odmowę poddania się** przez w/w osobę badaniu lekarskiemu oraz wystąpienie przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego.

☐ **Że w /w osoba musi zażywać** niżej wymienione leki w następujący sposób:

.....

.....

.....

.....

.....

Brodnica, dn.

.....
pieczęć, podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

We właściwe pole należy wpisać „x”

Załącznik do Rozporządzenia MSW z dnia 04 czerwca 2012 w sprawie PDOZ (do wytrzeźwienia)