



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 września 2023 r.

Poz. 1827

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 29 sierpnia 2023 r.

w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249 oraz z 2023 r. poz. 289, 535 i 1606) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Zaświadczenia lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zgodnie z wzorem określonym w przepisach dotychczasowych zachowują ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *K. Sójka*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1759), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 535).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2023 r. (Dz. U. poz. 1827)

WZÓR

**Zaświadczenie lekarskie
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała
związanych z użyciem przemocy domowej**

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej:

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

2. Adres zamieszkania osoby badanej:

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

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeżeli posiada):

.....

4. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu:

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

5. Pełna nazwa świadczeniodawcy*) wystawiającego zaświadczenie:

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

6. Miejsce, data i godzina rozpoczęcia i zakończenia badania:

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

*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

7. Miejsce, data i godzina wystawienia zaświadczenia:

.....

.....

.....

8. Wywiad obejmujący okoliczności doznania uszkodzeń ciała, w szczególności miejsce, czas i sposób ich powstania:

[illegible]

9. Badanie fizykalne obejmujące charakterystykę uszkodzeń ciała, w szczególności okolicę anatomiczną, rodzaj, liczbę, wielkość, kształt, przebieg, brzeg i barwę, a także ich wpływ na sprawność części ciała:

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:

☐ brak obrażeń
☐ złamanie otwarte
☐ złamanie zamknięte
☐ zwicznienie
☐ stłuczenie
☐ rana
☐ krwotok z rany
☐ zmiażdżenie
☐ amputacja
☐ ból nieurazowy
☐ oparzenie

	stopnia			%
	stopnia			%

☐ oparzenie wziewne

11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(nadruk lub pieczętka zawierająca co najmniej imię i nazwisko,
specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza
oraz podpis lekarza przeprowadzającego badanie)