………………………………………………. ………………………………

*nazwa podmiotu leczniczego* *miejscowość, data*

**Karta badania lekarskiego osoby zatrzymanej**

Imię: …………………………………………………. Nazwisko: …………………………………………………………… Płeć: K/M \*

Data urodzenia lub wiek: ……………………………. Narodowość/obywatelstwo:\* ……………………………………….

Dokument potwierdzający tożsamość/brak dokumentu: \* …………………………………………………………………..

Wywiad, badanie przedmiotowe: ………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Badania dodatkowe/konsultacje: ………………………………………………………………………………………………………… …………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Podano/zlecono\*: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Stwierdza się:\*

1. brak przeciwwskazań do zatrzymania badanego w areszcie / pomieszczeniach przeznaczonych dla osób zatrzymanych / strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców\*;
2. badanego kieruje się do: ………………………………………………………………………………………………………………

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

1. nie wykonano badania z powodu: ……………………………………………………………………………………………….

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

1. zatrzymany powinien otrzymać kserokopię ww. zaświadczenia w momencie zwolnienia / przenoszenia z aresztu;
2. inne: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………….

data, pieczątka lub oznaczenie lekarza przeprowadzającego badania i jego podpis\*\*