………………………………………………………… ……………………………………………

*nazwa jednostki składającej wniosek* *miejscowość, data*

**WNIOSEK**

**o przeprowadzenie badania lekarskiego osoby zatrzymanej przez funkcjonariuszy**

**Straży Granicznej**

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

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

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

Cel badania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informacje o stanie zdrowia / dolegliwości: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

 *numer legitymacji służbowej i czytelny podpis osoby wnioskującej\*\**

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

………………………………………

*nazwa podmiotu leczniczego \*\*\**

**Poświadczenie realizacji wniosku** (wypełnia lekarz przeprowadzający badania)

U ww. wykonano: badanie lekarskie oraz badania dodatkowe\* (wymienić jakie) ..................................... …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… , podano / zlecono\* ……………………………………………………………………………………………………………………………… .

Badanemu:\*

1. wystawiono kartę badania lekarskiego o braku przeciwwskazań do zatrzymania w areszcie / pomieszczeniach przeznaczonych dla osób zatrzymanych / strzeżonym ośrodku dla cudzoziemców\* ;
2. wystawiono skierowanie do ……………………………………………………………………………………………………… ;
3. nie wykonano badania z powodu ……………………………………………………………………………………………… ;
4. Inne …………………………………………………………………………………………………………………………………………… .

………………………………………………………………………….

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