

# ZAŚWIADCZENIE

## O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

(pieczęć nagłówkowa)

W wyniku przeprowadzonego w dniu..... o godzinie..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej w

(adres zamieszkania)

nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL.....

☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego\*)

☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia.....\*)

☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres)

\*\*)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA\*\*\*).

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*) Wypełnia lekarz w przypadku gdy szczepienie odbywa się w placówce innej niż badanie pacjenta.

\*\*) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

\*\*\*\*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.