Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Obornikach
Oddział Noworodkowy

Data .....

ZAŚWADCZENIE
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 dowodu 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 przeciw:

.....

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

☐ stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzeia 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 sie w placówce innej niż badanie pacjenta.
**) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną d o poradni.
***) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.