**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