Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów
z dnia 19 lutego 2025 r. (Dz. U. poz. 213)

WZÓR

Kwestionariusz szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka służący stwierdzeniu zasadności zapewnienia dziecku ochrony, o której mowa w art. 12a ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej

Kwestionariusz wymaga dostarczenia informacji przez przedstawicieli wszystkich trzech służb – pracownika socjalnego, funkcjonariusza Policji, a także lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarkę, zgodnie z ich kompetencjami. Informacje te, gdy ich przedmiot na to pozwala, **należy w miarę możliwości uzyskać od dziecka**.

Miejsce interwencji lub realizowanych czynności służbowych:

.....

Czas trwania interwencji lub realizowanych czynności służbowych:

.....

1. Dane dziecka lub dzieci doznających przemocy domowej

Uwaga! Jeżeli liczba dzieci doznających przemocy domowej jest większa niż 3, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Dane	Dziecko 1 doznające przemocy domowej	Dziecko 2 doznające przemocy domowej	Dziecko 3 doznające przemocy domowej
Imię i nazwisko			
Wiek			
Nr PESEL			
Adres i miejsce zamieszkania:			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu / nr lokalu			
Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu / nr lokalu			
Stosunek pokrewieństwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową*			

* Na przykład: matka, ojciec, macocha, ojczym, babka, dziadek.

2. Dane osoby lub osób stosujących przemoc domową

Uwaga! Jeżeli liczba osób stosujących przemoc domową jest większa niż 2, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Dane	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Imię i nazwisko		
Wiek		
Nr PESEL		
Adres i miejsce zamieszkania:		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu / nr lokalu		
Nr telefonu lub adres e-mail		
Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu / nr lokalu		
Stosunek pokrewieństwa lub rodzaj relacji z osobą doznającą przemocy domowej*		

* Na przykład: córka, syn, wnuczka, wnuk.

3. Dodatkowe informacje o osobie lub osobach stosujących przemoc domową

Uwaga! Jeżeli liczba osób stosujących przemoc domową jest większa niż 2, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę przy wyrazach „TAK” lub „NIE”.

	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Czy w stosunku do osoby, wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy domowej, zostały zastosowane środki w postaci nakazu i zakazu, o których mowa w: – art. 15aa ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2024 r. poz. 145, z późn. zm.) albo – art. 18a ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 12, z późn. zm.)?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
Czy w stosunku do osoby, wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy domowej, toczy się lub toczyło się postępowanie karne o znęcanie się, o przestępstwo przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności lub przestępstwo z użyciem przemocy?	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

4. Ocena ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka

Uwaga! Jeżeli jest więcej niż jedno dziecko doznające przemocy domowej, dołącz kolejne karty z tabelami oraz wpisz poniżej imię i nazwisko dziecka, którego dotyczy ocena zagrożenia dla życia lub zdrowia.

……

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK” lub w kolumnie „NIE”. Znakiem „X” zaznacz także odpowiednie kratki w kolumnie „Czynniki ryzyka”.

Lp.	Czynniki ryzyka	TAK	NIE
1	Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje przemocy fizycznej, np.: □ bicia □ potrząsania □ kopania □ duszenia □ podduszania □ wykręcania rąk □ przypalania □ oblewania gorącą cieczą □ obezwładniania □ rzucania dzieckiem □ inne:		
2	Czy na ciele dziecka są widoczne ślady po stosowaniu przemocy fizycznej, np.: □ oparzeliny □ zasinienia □ wybroczyny □ obrażenia nieadekwatne do wieku dziecka i do przyczyny urazu podawanej przez rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego □ inne:		
3	Czy z uzyskanych informacji wynika, że doszło do naruszenia strefy seksualnej dziecka przez: □ zgwałcenie □ zmuszanie do obcowania płciowego □ doprowadzenie dziecka do innej czynności seksualnej □ dotykanie stref intymnych □ obnażanie się przed dzieckiem □ pocieranie się o dziecko w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej □ wszelkie formy werbalnego molestowania □ prezentowanie dziecku treści pornograficznych □ prezentowanie wykonywania czynności seksualnej w obecności dziecka □ inne:		

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK”, w kolumnie „NIE” lub w kolumnie „BRAK DANYCH”. Znakiem „X” zaznacz także odpowiednie kratki w kolumnie „Czynniki ryzyka”.

Lp.	Czynniki ryzyka	TAK	NIE	BRAK DANYCH
4	Czy w środowisku domowym, w którym jest podejmowana interwencja, najmłodsze dziecko ma mniej niż trzy lata?			
5	Czy w trakcie interwencji osoba stosująca przemoc jest agresywna wobec dziecka (krzyczy, ubliża, grozi, szarpie się)?			
6	Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje innej formy krzywdzenia, np.: □ nie są zaspokajane jego podstawowe potrzeby fizjologiczne, psychiczne i inne □ są niszczone rzeczy osobiste dziecka □ dziecko wymagające stałego nadzoru pozostaje bez opieki □ dziecko przebywa pod opieką rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego niezdolnego do pełnienia bieżącej opieki – w sytuacji, w której w gospodarstwie domowym nie ma żadnej osoby dorosłej zdolnej do takiej opieki (rodzic / opiekun prawny lub faktyczny jest pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych) □ nie są respektowane zalecenia lekarskie, co powoduje zagrożenie zdrowia lub życia dziecka □ dziecko jest zmuszane do picia alkoholu □ dziecko jest zmuszane do zażywania substancji psychoaktywnych lub leków □ inne:			
7	Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje przemocy psychicznej, np.: □ wyzywania □ ośmieszania □ grożenia □ poniżania □ inne:			
8	Czy w środowisku domowym, w którym obecnie przebywa dziecko, którego dotyczy ten kwestionariusz, w ciągu ostatniego roku była podejmowana interwencja lub interwencje policji z powodu stosowania przemocy domowej przez osoby przebywające obecnie w środowisku domowym lub prowadzono procedurę „Niebieskie Karty”?			

9	Czy z uzyskanych informacji można wywnioskować, że w związku z przemocą domową dziecko rozmyśla o popełnieniu samobójstwa lub deklaruje taki zamiar?			
10	Czy dziecko podejmowało próby samobójcze w związku z przemocą domową?			
11	Czy z uzyskanych informacji wynika, że w środowisku domowym, którego dotyczy interwencja, były stosowane kary w stosunku do dziecka, np. w postaci: □ zmuszania do klęczenia □ zmuszania do stania z uniesionymi rękoma □ szarpania za uszy □ szczypania □ karcenia klapsem □ ciągnięcia za włosy □ bicia pasem, ręką lub innymi przedmiotami □ zmuszania do wykonywania ćwiczeń fizycznych □ pozbawiania dostępu do wody lub jedzenia □ pozbawiania dostępu do toalety □ uniemożliwiania snu □ inne:			
12	Czy w środowisku domowym, którego dotyczy interwencja, zapewniano wcześniej ochronę, o której mowa w art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej?			
13	Czy osoba stosująca przemoc domową groziła dziecku lub straszyła dziecko lub innego domownika pozbawieniem ich życia?			

Ocena ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka:

1. Jeżeli **w pytaniach w lp. 1–3** został zaznaczony co najmniej jeden „X” w kolumnie „TAK” w związku z przemocą domową – wskazuje to na zagrożenie dla życia lub zdrowia dziecka.
2. Jeżeli **w pytaniach w lp. 4–13** został zaznaczony więcej niż jeden „X” w kolumnie „TAK” w związku z przemocą domową – może wskazywać to na zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka.

ZAPEWNIONO DZIECKU OCHRONĘ
W ZWIĄZKU Z DOZNAWANIEM PRZEMOCY DOMOWEJ?

☐ TAK **☐ NIE**

Uwagi
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Osoby realizujące zadania wynikające z konieczności zapewnienia dziecku lub dzieciom ochrony w związku z przemocą domową

Uwaga! Jeżeli zadania realizuje więcej niż 1 pracownik socjalny, funkcjonariusz Policji, lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka, lub psycholog, dołącz kolejną kartę z tabelą.				
	pracownik socjalny	funkcjonariusz Policji	lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka	psycholog*
Imię i nazwisko				
Miejsce zatrudnienia				
Czytelny podpis				

* Jeżeli jest obecny.