

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.