

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE

O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

(nadruk lub pieczętka zawierające co najmniej nazwę (firmę),
adres, numer telefonu i numer REGON podmiotu wydającego zaświadczenie)

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)

numer PESEL lub numer dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających numeru 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.

.....

.....**)

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA **)

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia

(miejscowość)

.....

(nadruk lub pieczętka lekarza zawierające co najmniej imię, nazwisko
i numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis)

*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

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