

**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
(miejsowość)

.....
(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.