

ZAŚWIADCZENIE
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM

(pieczęć nagłówekowa)

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.