

WZÓR

**ZASWIADCZENIE**

**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.