



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 8 września 2023 r.

Poz. 1827

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 29 sierpnia 2023 r.

#### w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249 oraz z 2023 r. poz. 289, 535 i 1606) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Ustala się wzór zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

**§ 2.** Zaświadczenia lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zgodnie z wzorem określonym w przepisach dotychczasowych zachowują ważność.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *K. Sójka*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1759), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 535).

WZÓR

**Zaświadczenie lekarskie  
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała  
związanych z użyciem przemocy domowej**

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej:

.....  
.....  
.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej:

.....  
.....  
.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeżeli posiada):

.....

4. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu:

.....  
.....  
.....

5. Pełna nazwa świadczeniodawcy\*) wystawiającego zaświadczenie:

.....  
.....  
.....

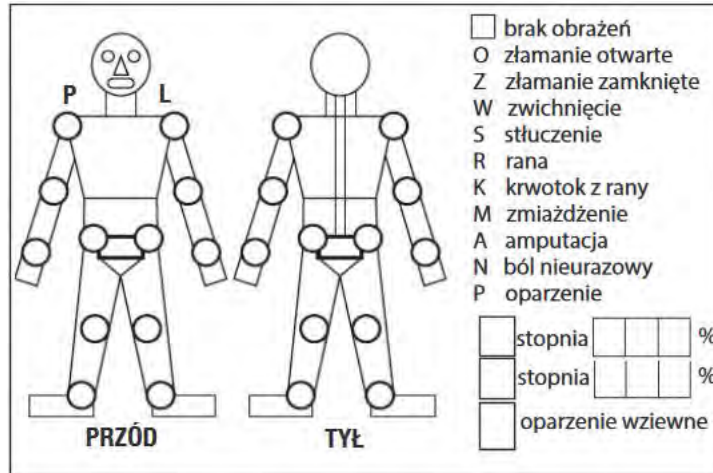
6. Miejsce, data i godzina rozpoczęcia i zakończenia badania:

.....  
.....  
.....

\*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).



10. Odwzorowanie stwierdzonych uszkodzeń ciała osoby badanej na schemacie:



11. Opinia o przyczynach i czasie doznania uszkodzeń ciała:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 (nadruk lub pieczętka zawierająca co najmniej imię i nazwisko, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza oraz podpis lekarza przeprowadzającego badanie)