

Warszawa, dnia 8 września 2023 r.

Poz. 1827

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

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.²⁾

Minister Zdrowia: *K. Sójka*

¹⁾ 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).

²⁾ 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.).

