

179

Załącznik nr 1

**ZAŚWIADCZENIE  
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM**

(pieczęć nagłówkowa)

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... o godzinie ..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego  
zaświadcza się, że:

u Pana/ni ..... 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.