**Zaświadczenie**

**o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym**

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

U Pana/i …….………………………………………………………… urodzonego/ej w dn. …………..………………………….. 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)

…………………………………………………..  
(podpis i pieczęć 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.