

## NIEBIESKA KARTA – A<sup>1)</sup>

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć podmiotu, o którym mowa  
w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.  
o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,  
wypełniającego formularz „Niebieska Karta – A”)

### I. DANE OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Imię i nazwisko: .....
2. Imiona rodziców: .....
3. Miejsce zamieszkania:  
kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....  
ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....  
numer telefonu: .....
4. Aktualny adres pobytu:  
kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....  
ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....  
numer telefonu: .....

### II. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

1. Zgłaszający:  
osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:  
.....  
.....  
.....
2. Zgłaszający:  
inna osoba (np. rodzic, opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba najbliższa, świadek):  
.....  
.....  
.....
  - 1) imię i nazwisko: .....
  - 2) miejsce zamieszkania:  
kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....  
ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....  
numer telefonu: .....

### III. DANE OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko: .....
2. Miejsce zamieszkania:  
kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....  
ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....  
numer telefonu: .....
3. Stosunek pokrewieństwa z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:  
.....

<sup>1)</sup> Części I–XV, XVII i XIX–XXI wypełniają przedstawiciele wszystkich pomiotów wymienionych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.  
Część XVI dodatkowo wypełnia przedstawiciel Policji.  
Część XVIII dodatkowo wypełnia przedstawiciel ochrony zdrowia.

IV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
<b>Stosowała przemoc fizyczną, w tym:</b>						
popychanie						
uderzanie						
wykręcanie rąk						
duszenie						
kopanie						
spoliczkowanie						
inne (podać jakie)						
<b>Uszkodzenia ciała, w tym:</b>						
zasinienia						
zadrapania						
krwawienia						
oparzenia						
inne (podać jakie)						
<b>Stosowała przemoc psychiczną, w tym:</b>						
izolację						
wyzywiska						
ośmieszanie						
groźby						
kontrolowanie						
ograniczanie kontaktów						
krytykowanie						
poniżanie						
demoralizację						
ciągłe niepokojenie						
inne (podać jakie)						
<b>Stosowała przemoc seksualną, w tym:</b>						
zmuszanie do obcowania płciowego i innych czynności seksualnych						
<b>Inny rodzaj zachowań, w tym:</b>						
niszczenie/uszkodzenie mienia						
zabór/przywłaszczenie mienia						
groźba karalna/znieważenie						
zmuszanie do picia alkoholu						
zmuszanie do zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezleconych przez lekarza leków						
inne działające na szkodę najbliższych (podać jakie)						

\* Na przykład: żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna.

V. OD JAK DAWNA TE ZACHOWANIA MAJĄ MIEJSCE

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

VI. ZACHOWANIE

Zachowanie się osoby	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
trudność nawiązania kontaktu				
spokojny/-na				
płaczliwy/-wa				
zastraszone/-na				
unika rozmów				
agresywny/-na				
stawia opór Policji				

VII. OPIS MIEJSCA ZDARZENIA

(np. szkody, zniszczone sprzęty, nieporządek, rozbite szkło, uszkodzone drzwi, brud, ślady krwi, ślady spożywania alkoholu, wyczuwalna woń alkoholu, inne)

.....  
 .....

VIII. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

Świadek I

1. Imię i nazwisko: .....

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....

ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....

numer telefonu: .....

Świadek II

1. Imię i nazwisko: .....

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....

ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....

numer telefonu: .....

Świadek III

1. Imię i nazwisko: .....

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: ..... miejscowość: ..... województwo: .....

ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....

numer telefonu: .....

IX. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA JUŻ KIEDYKOLWIEK KARANA ZA PRZESTĘPSTWO Z UŻYCIEM PRZEMOCY LUB GROŹBY JEJ UŻYCIA:

TAK  NIE  NIE USTALONO

X. CZY W STOSUNKU DO OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, SĄD ZASTOSOWAŁ DOZÓR KURATORA SĄDOWEGO:

TAK  NIE  NIE USTALONO

XI. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ALKOHOLU:

TAK  NIE  NIE USTALONO

XII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:

TAK  NIE  NIE USTALONO

XIII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA LECZONA PSYCHIATRYCZNIE:

TAK  NIE  NIE USTALONO

XIV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, POSIADA BRONŃ:

TAK  NIE  NIE USTALONO

XV. CZY W ZWIĄZKU ZE STOSOWANIEM PRZEMOCY W RODZINIE BYŁY PODEJMOWANE NASTĘPUJĄCE DZIAŁANIA:

- powiadamianie i interwencje Policji
- powiadomienie prokuratury
- zatrzymanie
- dozór Policji
- wydanie zakazu kontaktowania się z określonymi osobami
- wydanie zakazu zbliżania się do określonych osób
- wydanie postanowienia o obowiązku opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym
- tymczasowe aresztowanie
- wszczęcie postępowania karnego lub innego postępowania sądowego (jakiego? np. rozwodowego, rodzinnego) .....
- poddanie wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego
- odebranie dziecka w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w związku z przemocą w rodzinie
- zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu (w stosunku do kogo?) .....
- leczenie innych uzależnień (jakich, w stosunku do kogo?) .....
- zobowiązanie do uczestnictwa w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (nałożone przez kogo?) .....
- udzielono pomocy medycznej
- inne działania (jakie?) .....
- .....
- .....

XVI. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ POLICJĘ

Działania podjęte przez Policję	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
pouczenie				
środki przymusu bezpośredniego (jakie?) .....				
badanie na zawartość alkoholu w organizmie	..... (wynik)		..... (wynik)	
izba wytrzeźwień				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych/do wytrzeźwienia				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych				
policyjna izba dziecka				

XVII. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie:

Lp.	Imię i nazwisko	Stosunek pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1				
2				
3				
4				

\* Zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci – szkoła/klasa.

XVIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Stan psychiczny:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> pobudzony/-na | <input type="checkbox"/> ospały/-ła/apatyczny/-na | <input type="checkbox"/> płaczliwy/-wa        |
| <input type="checkbox"/> agresywny/-na | <input type="checkbox"/> lękliwy/-wa              | <input type="checkbox"/> inny/-na (jaki/-ka?) |
- .....

2. Porozumiewanie się:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> chętnie nawiązuje kontakt   | <input type="checkbox"/> trudno nawiązuje kontakt   |
| <input type="checkbox"/> małomówny/-na   | <input type="checkbox"/> jąka się                   |
| <input type="checkbox"/> krzyczy   | <input type="checkbox"/> wypowiada się nielogicznie |
| <input type="checkbox"/> odmawia odpowiedzi na zadawane pytania  |   |
| <input type="checkbox"/> porozumiewa się niewerbalnie (np. językiem migowym, gestami, piktogramami itp.) |   |
- .....
- .....

Reakcja na osobę towarzyszącą (szczególnie ważne w przypadku dzieci):

.....

.....

3. Rodzaje uszkodzeń:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> skaleczenia      | <input type="checkbox"/> ślady naktucia | <input type="checkbox"/> ślady ugryzienia |
| <input type="checkbox"/> otarcia naskórka | <input type="checkbox"/> siniaki        | <input type="checkbox"/> krwawienia       |
| <input type="checkbox"/> ślady oparzenia  | <input type="checkbox"/> zwichnięcia    | <input type="checkbox"/> złamania kości   |

4. Stan higieny:

- |        |  |  |
|--------|--|--|
| Skóra: | <input type="checkbox"/> czysta                      | <input type="checkbox"/> brudna                    |
|        | <input type="checkbox"/> wysuszona                   | <input type="checkbox"/> odmrożona                 |
|        | <input type="checkbox"/> odparzona                   | <input type="checkbox"/> odleżyny                  |
|        | <input type="checkbox"/> pieluszkowe zapalenie skóry |  |
| Włosy: | <input type="checkbox"/> czyste                      | <input type="checkbox"/> brudne                    |
|        | <input type="checkbox"/> wszawica                    | <input type="checkbox"/> łysienie/włosy powyrywane |
|        | <input type="checkbox"/> ciemieniucha                |  |

5. Inne objawy podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie/zaniedbania:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> strój brudny/nieadekwatny do pory roku                   | <input type="checkbox"/> waga/wzrost nieadekwatne do wieku |
| <input type="checkbox"/> rozwój nieadekwatny do wieku                             | <input type="checkbox"/> wyniszczenie organizmu            |
| <input type="checkbox"/> odwodnienie  | <input type="checkbox"/> ponawianie zgłoszeń do lekarza    |
| <input type="checkbox"/> niekorzystanie z pomocy lekarza mimo przewlekłej choroby |  |
| <input type="checkbox"/> niestosowanie się do wcześniejszych zaleceń lekarskich   |  |

6. Obrażenia i objawy spójne z wersją przedstawioną przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

TAK  NIE

7. W przypadku dziecka obrażenia i objawy spójne również z wersją przedstawioną przez rodzica lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego:

TAK  NIE

8. Konieczność przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej:

TAK  NIE

9. Podjęte leczenie:

- przyjęto na oddział szpitalny (jaki?) .....
- skierowano do szpitala (jakiego?) .....
- udzielono pomocy ambulatoryjnej  odesłano do domu
- inne (jakie?) .....

10. Poinformowano o możliwości otrzymania zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie na podstawie rozporządzenia 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. Nr 201, poz. 1334).

TAK  NIE

11. Wydano zaświadczenie lekarskie:

TAK  NIE

12. Wydano skierowanie na badanie lekarskie:

TAK  NIE

13. Wydano zwolnienie lekarskie od pracy:

TAK  NIE

**XIX. PODJĘTE DZIAŁANIA INTERWENCYJNE**

1. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

- powiadomienie Policji  udzielenie pomocy socjalnej
- udzielenie pomocy medycznej  
(w przypadku przemocy seksualnej należy działać zgodnie z procedurą postępowania Policji i placówki medycznej)
- inne (jakie?) .....

2. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, poprzez zapewnienie jej miejsca w placówce całodobowej:

- specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
- ośrodka wsparcia
- ośrodka interwencji kryzysowej
- domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży
- szpitalu
- innych (jakich?) .....

3. Działania zmierzające do udzielenia pomocy dzieciom

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

4. Przekazanie informacji organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego

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

5. Inne (jakie?)

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

**XX. WNIOSKI PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU WYPEŁNIAJĄCEGO FORMULARZ**

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

**XXI. DODATKOWE INFORMACJE**

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

.....  
(podpis przedstawiciela podmiotu wypełniającego formularz „Niebieska Karta – A”)

.....  
(data wpływu formularza „Niebieska Karta – A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego)