

ll

Załącznik do Zarządzenia  
Nr 50/2025  
Dyrektora WZZOZCLChPiR w Łodzi  
z dnia 8 maja 2025r.

**Kwestionariusz szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka  
służący stwierdzeniu zasadności zapewnienia dziecku ochrony,  
o której mowa w art. 12a ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.  
o przeciwdziałaniu przemocy domowej**

Kwestionariusz wymaga dostarczenia informacji przez przedstawicieli wszystkich trzech służb – pracownika socjalnego, funkcjonariusza Policji, a także lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarkę, zgodnie z ich kompetencjami. Informacje te, gdy ich przedmiot na to pozwala, **należy w miarę możliwości uzyskać od dziecka.**

**Miejsce interwencji lub realizowanych czynności służbowych:**

.....

**Czas trwania interwencji lub realizowanych czynności służbowych:**

.....

1. Dane dziecka lub dzieci doznających przemocy domowej

**Uwaga!** Jeżeli liczba dzieci doznających przemocy domowej jest większa niż 3, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Dane	Dziecko 1 doznające przemocy domowej	Dziecko 2 doznające przemocy domowej	Dziecko 3 doznające przemocy domowej
Imię i nazwisko			
Wiek			
Nr PESEL			
Adres i miejsce zamieszkania:			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu / nr lokalu			
Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu / nr lokalu			
Stosunek pokrewieństwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową*			

\* Na przykład: matka, ojciec, macocha, ojczym, babka, dziadek.

2. Dane osoby lub osób stosujących przemoc domową

**Uwaga!** Jeżeli liczba osób stosujących przemoc domową jest większa niż 2, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Dane	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Imię i nazwisko		
Wiek		
Nr PESEL		
Adres i miejsce zamieszkania:		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu / nr lokalu		
Nr telefonu lub adres e-mail		
Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		
Ulica		
Nr domu / nr lokalu		
Stosunek pokrewieństwa lub rodzaj relacji z osobą doznającą przemocy domowej*		

\* Na przykład: córka, syn, wnuczka, wnuk.

### 3. Dodatkowe informacje o osobie lub osobach stosujących przemoc domową

**Uwaga!** Jeżeli liczba osób stosujących przemoc domową jest większa niż 2, dołącz kolejną kartę z tabelą.

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę przy wyrazach „TAK” lub „NIE”.

	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Czy w stosunku do osoby, wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy domowej, zostały zastosowane środki w postaci nakazu i zakazu, o których mowa w: – art. 15aa ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2024 r. poz. 145, z późn. zm.) albo – art. 18a ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. o Żandarmerii Wojskowej i wojskowych organach porządkowych (Dz. U. z 2025 r. poz. 12, z późn. zm.)?	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Czy w stosunku do osoby, wobec której istnieje uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy domowej, toczy się lub toczyło się postępowanie karne o znęcanie się, o przestępstwo przeciwko wolności seksualnej lub obyczajności lub przestępstwo z użyciem przemocy?	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE

#### 4. Ocena ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka

**Uwaga!** Jeżeli jest więcej niż jedno dziecko doznające przemocy domowej, dołącz kolejne karty z tabelami oraz wpisz poniżej imię i nazwisko dziecka, którego dotyczy ocena zagrożenia dla życia lub zdrowia.

.....

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK” lub w kolumnie „NIE”. Znakiem „X” zaznacz także odpowiednie kratki w kolumnie „Czynniki ryzyka”.

Lp.	Czynniki ryzyka	TAK	NIE
1	Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje przemocy fizycznej, np.: <input type="checkbox"/> bicia <input type="checkbox"/> potrząsania <input type="checkbox"/> kopania <input type="checkbox"/> duszenia <input type="checkbox"/> podduszania <input type="checkbox"/> wykręcania rąk <input type="checkbox"/> przypalania <input type="checkbox"/> oblewania gorącą cieczą <input type="checkbox"/> obezwładniania <input type="checkbox"/> rzucania dzieckiem <input type="checkbox"/> inne: ..... .....		
2	Czy na ciele dziecka są widoczne ślady po stosowaniu przemocy fizycznej, np.: <input type="checkbox"/> oparzeliny <input type="checkbox"/> zasinienia <input type="checkbox"/> wybroczyny <input type="checkbox"/> obrażenia nieadekwatne do wieku dziecka i do przyczyny urazu podawanej przez rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego <input type="checkbox"/> inne: ..... .....		

3	<p>Czy z uzyskanych informacji wynika, że doszło do naruszenia strefy seksualnej dziecka przez:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> zgwałcenie</li><li><input type="checkbox"/> zmuszanie do obcowania płciowego</li><li><input type="checkbox"/> doprowadzenie dziecka do innej czynności seksualnej</li><li><input type="checkbox"/> dotykanie stref intymnych</li><li><input type="checkbox"/> obnażanie się przed dzieckiem</li><li><input type="checkbox"/> pocieranie się o dziecko w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej</li><li><input type="checkbox"/> wszelkie formy werbalnego molestowania</li><li><input type="checkbox"/> prezentowanie dziecku treści pornograficznych</li><li><input type="checkbox"/> prezentowanie wykonywania czynności seksualnej w obecności dziecka</li><li><input type="checkbox"/> inne: ..... .....</li></ul>		
---	--	--	--

Zaznacz znakiem „X” odpowiednią kratkę w kolumnie „TAK”, w kolumnie „NIE” lub w kolumnie „BRAK DANYCH”.  
Znakiem „X” zaznacz także odpowiednie kratki w kolumnie „Czynniki ryzyka”.

Lp.	Czynniki ryzyka	TAK	NIE	BRAK DANYCH
4	Czy w środowisku domowym, w którym jest podejmowana interwencja, najmłodsze dziecko ma mniej niż trzy lata?			
5	Czy w trakcie interwencji osoba stosująca przemoc jest agresywna wobec dziecka (krzyczy, ubliża, grozi, szarpie się)?			
6	<p>Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje innej formy krzywdzenia, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nie są zaspokajane jego podstawowe potrzeby fizjologiczne, psychiczne i inne</li> <li><input type="checkbox"/> są niszczone rzeczy osobiste dziecka</li> <li><input type="checkbox"/> dziecko wymagające stałego nadzoru pozostaje bez opieki</li> <li><input type="checkbox"/> dziecko przebywa pod opieką rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego niezdolnego do pełnienia bieżącej opieki – w sytuacji, w której w gospodarstwie domowym nie ma żadnej osoby dorosłej zdolnej do takiej opieki (rodzic / opiekun prawny lub faktyczny jest pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych)</li> <li><input type="checkbox"/> nie są respektowane zalecenia lekarskie, co powoduje zagrożenie zdrowia lub życia dziecka</li> <li><input type="checkbox"/> dziecko jest zmuszane do picia alkoholu</li> <li><input type="checkbox"/> dziecko jest zmuszane do zażywania substancji psychoaktywnych lub leków</li> <li><input type="checkbox"/> inne:</li> <li>.....</li> <li>.....</li> </ul>			
7	<p>Czy istnieje podejrzenie, że dziecko doznaje przemocy psychicznej, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wyzywania</li> <li><input type="checkbox"/> ośmieszania</li> <li><input type="checkbox"/> grożenia</li> <li><input type="checkbox"/> poniżania</li> <li><input type="checkbox"/> inne:</li> <li>.....</li> <li>.....</li> </ul>			

8	Czy w środowisku domowym, w którym obecnie przebywa dziecko, którego dotyczy ten kwestionariusz, w ciągu ostatniego roku była podejmowana interwencja lub interwencje policji z powodu stosowania przemocy domowej przez osoby przebywające obecnie w środowisku domowym lub prowadzono procedurę „Niebieskie Karty”?			
9	Czy z uzyskanych informacji można wywnioskować, że w związku z przemocą domową dziecko rozmyśla o popełnieniu samobójstwa lub deklaruje taki zamiar?			
10	Czy dziecko podejmowało próby samobójcze w związku z przemocą domową?			
11	Czy z uzyskanych informacji wynika, że w środowisku domowym, którego dotyczy interwencja, były stosowane kary w stosunku do dziecka, np. w postaci: <input type="checkbox"/> zmuszania do klęczenia <input type="checkbox"/> zmuszania do stania z uniesionymi rękoma <input type="checkbox"/> szarpania za uszy <input type="checkbox"/> szczypania <input type="checkbox"/> karcenia klapssem <input type="checkbox"/> ciągnięcia za włosy <input type="checkbox"/> bicia pasem, ręką lub innymi przedmiotami <input type="checkbox"/> zmuszania do wykonywania ćwiczeń fizycznych <input type="checkbox"/> pozbawiania dostępu do wody lub jedzenia <input type="checkbox"/> pozbawiania dostępu do toalety <input type="checkbox"/> uniemożliwiania snu <input type="checkbox"/> inne: ..... .....			
12	Czy w środowisku domowym, którego dotyczy interwencja, zapewniano wcześniej ochronę, o której mowa w art. 12a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej?			
13	Czy osoba stosująca przemoc domową groziła dziecku lub straszyla dziecko lub innego domownika pozbawieniem ich życia?			

### Ocena ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka:

1. Jeżeli w pytaniach w lp. 1–3 został zaznaczony co najmniej jeden „X” w kolumnie „TAK” w związku z przemocą domową – wskazuje to na zagrożenie dla życia lub zdrowia dziecka.
2. Jeżeli w pytaniach w lp. 4–13 został zaznaczony więcej niż jeden „X” w kolumnie „TAK” w związku z przemocą domową – może wskazywać to na zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka.

**ZAPEWNIONO DZIECKU OCHRONĘ  
W ZWIĄZKU Z DOZNAWANIEM PRZEMOCY DOMOWEJ?**

**TAK**

**NIE**

Uwagi

Dotted lines for writing notes.

5. Osoby realizujące zadania wynikające z konieczności zapewnienia dziecku lub dzieciom ochrony w związku z przemocą domową

**Uwaga!** Jeżeli zadania realizuje więcej niż 1 pracownik socjalny, funkcjonariusz Policji, lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka, lub psycholog, dołącz kolejną kartę z tabelą.

	pracownik socjalny	funkcjonariusz Policji	lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka	psycholog*
Imię i nazwisko				
Miejsce zatrudnienia				
Czytelny podpis				

\* Jeżeli jest obecny.