

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje: .....

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

Uczulenia: .....

.....  
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

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

Przebyte choroby zakaźne - dotyczy osób do 16 roku życia:

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

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia:

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

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu