

.....
(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