

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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

* dotyczy osób bezdomnych