

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

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL NIP

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)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej