

.....
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)