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) (pieczątka i podpis lekarza)

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.