

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA
(wypełnia lekarz)

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)