

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)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej