

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu)

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

Uczulenia

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne)

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia

.....

.....

Szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia

.....

.....

.....

Data

.....

pieczęć i podpis lekarza