

WZÓR

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 lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.