

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL lub 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