

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacje o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*)

Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

Choroby współzestniczące, przebyte operacje:

.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki, (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16-go roku życia:

.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16-go roku życia:

.....
.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

*dotyczy osób bezdomnych