

.....
*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
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)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)