

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarza

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 i podpis lekarza)

.....
* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.