

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

* dotyczy osób bezdomnych

.....

pieczęć i podpis lekarza