

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**  
*(wypełnia lekarz)*

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)