
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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

** Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.*