

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

.....

Uczuleni

.....

.....

.....

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