

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....  
PESEL .....  
Adres .....

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-go roku życia  
.....

Szczepienia ochronne ( daty ) – dotyczy osób do 16-go roku życia  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza