

.....  
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)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)