

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
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 roku życia
.....
.....

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

..... (data) (pieczęćka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu.