

.....
(pieczętka)

Informacja o stanie zdrowia

Imię i Nazwisko

PESEL albo dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współuczestniczące , przebyte operacje

.....

.....

Uczulenia

Przyjmowane leki (nazwa, 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 lekarza