Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………..…………….…………………………………………

PESEL .…………………………………………………………………………………………….…………..…………………………………

Adres zamieszkania.......................................................................................................

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) (pieczątka i podpis lekarza)