

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko:.....

PESEL albo seria i 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

.....  
Podpis i pieczęć lekarza