

.....  
*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej  
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)