

## 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