

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

(proszę wypełniać w języku polskim)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości .....

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 )

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.