

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

*dotyczy osób bezdomnych