

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

Odchylenie w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

Szczenia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Informacja o stanie zdrowia jest ważna 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza.

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej