

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza