

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

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.....

.....

.....

Zalecenia do rehabilitacji.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.