Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………..

PESEL albo nr 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej