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