**Załącznik nr 1**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

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

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości) ............................................................................................

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 Pieczątka i podpis lekarza