**Zał. nr 1**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

 **Informacja o stanie zdrowia**

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

PESEL albo numer 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 dotykowych

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Szczepienia ochronne ( daty ) – dotyczy osób do 16 roku życia

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.................................... ..................................................

(data) (pieczątka i podpis lekarza )

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

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.