

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

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
(ważne 3 miesiące)

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza