

.....  
*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*