

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko .....

PESEL lub 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)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu