

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

Zaświadczenie lekarskie o aktualnym 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 dodatkowych

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

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

(data)

(pieczęć i podpis lekarza)

