

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

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i Nazwisko
Data urodzenia
Dokument tożsamości
Adres stały

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....
.....
.....

Uczulenia
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)
.....
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza