

.....
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)

wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej