

.....  
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

.....  
pieczęć i podpis lekarza