

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA TURNUSU

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

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

* właściwe zaznaczyć