

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

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

(wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji :

- 01-U** – upośledzenie umysłowe
- 02-P** – choroby psychiczne
- 03-L** – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O** – choroby narządu wzroku
- 05-R** – upośledzenie narządu ruchu
- 06-E** – epilepsja
- 07-S** – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T** – choroby układu pokarmowego
- 09-M** – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N** – choroby neurologiczne
- 11-I** – inne (jakie?)

2. Przedmioty ortopedyczne:

- oprotezowanie kończyn górnych (jednostronne/obustronne)
- oprotezowanie kończyn dolnych (jednostronne/ obustronne)
- wózek inwalidzki
- kule łokciowe
- inne, jakie?

3. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

5. Uczulenia.....

.....
.....

6. Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza