…………………………………………………………..

(pieczęć placówki medycznej)

**Informacja lekarza o stanie zdrowia pacjenta**

**Wydana na wniosek pacjenta**

**Imię i nazwisko pacjenta**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**adres zamieszkania**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Ogólny opis choroby pacjenta**

|  |
| --- |
|  |

1. **Aktualny stan zdrowia i przebieg dotychczasowego leczenia (np.: wskazać przebyte operacje/zabiegi/dziedziny specjalistów uczestniczących w leczeniu itp.)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Określenie potrzeb w zakresie dalszego leczenia, rehabilitacji, profilaktyki, szczególnie w zakresie koniecznym do samodzielnego finansowania przez pacjenta**

|  |
| --- |
|  |

**Pieczęć i podpis lekarza**