

**FORMULARZ MEDYCZNY**

Imię i Nazwisko ………………….,……………………………………………………………………………

PESEL ………………….,………………………………………………………………………………

**Choroby przewlekłe:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Przebyte urazy:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Leki przyjmowane na stałe:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Alergie:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Pobyty w szpitalu ( z jakiego powodu, kiedy):**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

