

## FORMULARZ MEDYCZNY

Imię i Nazwisko

.....

PESEL

.....

**Choroby przewlekłe:**

.....

.....

.....

**Przebyte urazy:**

.....

.....

.....

.....

**Leki przyjmowane na stałe:**

.....

.....

.....

**Alergie:**

.....

.....

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

.....

.....