

# Paszport Zdrowotny



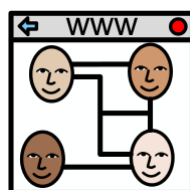
Imię i Nazwisko:



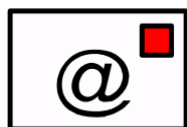
Data urodzenia:



Telefon:



Social Media:



Email:

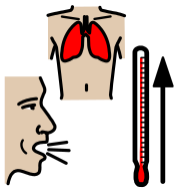


Inny kontakt:



Podróżuję z:





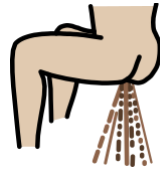
## Objawy



ból brzucha



mdłości



biegunka



zatwardzenie



ból przy  
oddawaniu  
moczu



krwawienie



wrząd na  
stopie



zdrętwiała  
noga



kaszel



katar



ból gardła



temperatura



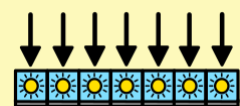
ból głowy



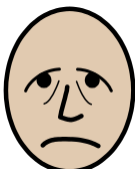
ból zęba



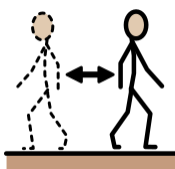
ból ucha



codziennie



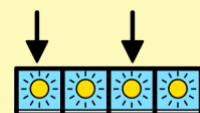
przygnębiony



niespokojny



nie mogę  
spać



niektóre dni



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



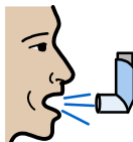
## Moja historia medyczna



problemy z sercem



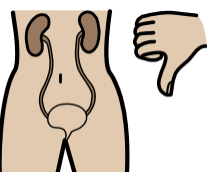
cukrzyca



astma



problemy z  
oddychaniem



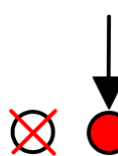
problemy z nerkami



udar



padaczka



inne



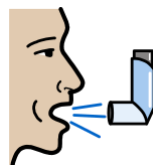
## Moje leki



tabletki



insulina



inhalator



inne





## Moje alergie



leki



ukąszenia  
owadów



pyłki



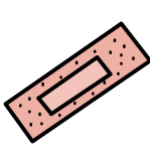
gluten



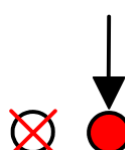
laktoza



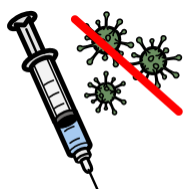
sierść



gips



inne



## Szczepienie na COVID



Bez  
szczepienia



Pierwsza  
dawka



Drua  
dawka



Trzecia  
dawka

