

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA POBYT PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY

### Część I (dane uczestnika)

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL ..... telefon kom. ....
3. Adres zamieszkania \_\_ - \_\_ - .. ul. ....  
.....

### Część II (wypełnia lekarz)

1. Wywiad .....  
(choroba zasadnicza, główne dolegliwości, schorzenia współistniejące, dotychczasowe leczenie, przyjmowane leki)  
.....  
.....  
.....
2. Waga ..... Wzrost ..... RR ..... / ..... Tętno ..... /min
3. Skóra, węzły chłonne obwodowe .....
4. Układ trawienny .....
5. Układ oddechowy .....
6. Układ krążenia .....
7. Układ ruchu .....  
(zdolność do samoobsługi TAK, NIE\*, porusza się przy pomocy?)  
.....
8. Układ nerwowy.....  
.....

### Część III (wypełnia lekarz)

1. Stwierdzam / nie stwierdzam\* przeciwwskazania do korzystania z leczenia  
uzdrowskiego w .....  
(Swinoujście, Kołobrzeg, Ustka, Ciechocinek, Inowrocław, Łądek Zdrój, Krynica Zdrój, Nałęczów, inne)

Data. ....

- niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)