

Pieczczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA POBYT PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY

### Część I (wypełnia wnioskodawca)

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL .....nr tel. ....
3. Adres zamieszkania \_\_ - \_\_ - \_\_ .....ul. ....
4. Rodzaj orzeczenia .....  
(grupa inwalidzka I,II,III / stopień niepełnosprawności ZNACZNY, UMIARKOWANY, LEKKI)
5. Rodzaj schorzenia .....  
(narządu ruchu, kardiologiczne, oddechowe, neurologiczne, inne – jakie?)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby, polegających w szczególności na zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu i udostępnianiu, ujawnionych w niniejszej informacji o stanie zdrowia.

### Część II (wypełnia lekarz)

.....  
(data i czytelny podpis wnioskującego)

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 z oceną wydolności wg. NYHA .....
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

uzdrowiskowego w .....  
(Świnoujście, Kołobrzeg, Ustka, Ciecchocinek, Inowrocław, Łądek Zdrój, Krynica Zdrój, Iwonicz Zdrój, inne)

Data. ....

- niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)