

Pieczczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA POBYT PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY

Część I (wypełnia wnioskodawca)

1. Imię i nazwisko
2. PESELnr 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)