

## WZÓR

## WYWIAD LEKARSKI

Nazwisko i imię

.....

Data urodzenia

.....

Adres zamieszkania

.....

Miejsce służby

.....

Instytucja wysyłająca

.....

Kraj docelowy

.....

Na okres

.....

Rodzaj służby

.....

UWAGA: punkty niezgodne lub nie w pełni zgodne ze stanem faktycznym należy określić szczegółowo w pkt 10.

1. Czy w związku z propozycją skierowania Pana/Pani do służby czuje się Pan/Pani w pełni sprawny(a) zdrowotnie do wypełniania powierzonych mu/jej obowiązków w trudnych warunkach klimatycznych? Tak/Nie\*.

2. Czy dotychczas przyjmował(a) Pan/Pani w sposób długotrwały jakiegokolwiek leki, w szczególności leki z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, chorób krwi, chorób układu pokarmowego, chorób metabolicznych, chorób układu moczowego, chorób skóry oraz chorób wenerycznych, chorób układu kostno-stawowego, chorób układu nerwowego, chorób narządów wzroku i słuchu, alergii i nowotworów? Tak/Nie\*. Jeśli tak — podać jakie, jak długo, w jakich dawkach i ewentualnie kiedy zaprzestał(a) Pan/Pani je zażywać .....

.....

.....

3. Czy uległ(a) Pan/Pani wypadkowi, leżał(a) w szpitalu, był/była\*/operowany(a)? Tak/Nie\*. Jeśli tak: podać kiedy, z jakiego tytułu (uraz, choroba lub inne) .....

.....

.....

.....

4. Czy leczył(a) się Pan/Pani w poradni (przychodni) specjalistycznej i w związku z tym, czy posiada Pan/Pani jakąkolwiek dokumentację lekarską z placówek publicznej służby zdrowia? Tak/Nie\*. Jeśli tak: podać nazwę i siedzibę poradni (przychodni), rodzaj schorzenia .....

.....

.....

- 5. Czy korzystał(a) Pan/Pani z ulg z tytułu złego stanu zdrowia i pobierał(a) jakiegokolwiek zasiłki lub renty z tytułu inwalidztwa czy złego stanu zdrowia? Tak/Nie\*. Jeśli tak, podać rodzaj i nazwę ulgi oraz czasokres jej pobierania, czasokres pobieranego świadczenia i organ, który świadczenie to przyznał .....
- 6. Czy był(a) Pan/Pani w krajach tropikalnych i subtropikalnych? Tak/Nie\*. Jeśli tak, podać: kiedy, jak długo, nazwę kraju .....
- 7. Żołnierza poddanego niniejszemu wywiadowi lekarskiemu poinformowano o konieczności zgłoszenia się na badania kontrolne w terminie 7 dni po powrocie do kraju po zakończeniu pełnienia służby poza granicami państwa.
- 8. Wskazanie lekarza rodzinnego .....
- 9. Wskazanie lekarza jednostki wojskowej, na zaopatrzeniu której żołnierz pozostaje .....
- 10. Uwagi .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka lekarza  
przeprowadzającego wywiad)

.....  
(podpis żołnierza zawodowego)

\* Niepotrzebne skreślić.