

**Wywiad lekarski do badań lekarskich  
żołnierzy zawodowych skierowanych do służby poza granicami państwa,  
które są przeprowadzane przed wyjazdem z kraju**

Nazwisko i imię: .....

Nr PESEL: .....

Stopień wojskowy: .....

Aktualny przydział służbowy: .....

Instytucja wysyłająca: .....

Kraj docelowy: .....

Planowany czas służby poza granicami państwa: .....

Planowany charakter służby (specjalność wojskowa):

- 1) kierowca;
- 2) saper (miner, budowa mostów);
- 3) operator sprzętu ciężkiego;
- 4) łączność;
- 5) uzbrojenie;
- 6) służba patrolowa;
- 7) służba sztabowa;
- 8) inne: .....

1. Czy w związku z propozycją skierowania Pana/Pani do służby czuje się Pan/Pani w pełni sprawny(-na) 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, proszę 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(a)/operowany(-na)\*)? TAK/NIE\*).

Jeśli tak, proszę podać kiedy i z jakiego powodu (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 medyczną z tego leczenia? TAK/NIE<sup>\*)</sup>. Jeśli tak, proszę podać nazwę i siedzibę poradni (przychodni) oraz 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<sup>\*)</sup>. Jeśli tak, proszę podać rodzaj i nazwę ulgi oraz czasokres jej pobierania, czasokres pobieranego świadczenia i organ, który to świadczenie przyznał:

.....  
.....

6. Czy był(a) Pan/Pani w krajach tropikalnych i subtropikalnych? TAK/NIE<sup>\*)</sup>. Jeśli tak, proszę podać kiedy i jak długo oraz 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 podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

.....  
.....

9. Wskazanie lekarza jednostki wojskowej, na której zaopatrzeniu żołnierz pozostaje:

.....  
.....

10. Uwagi:

.....  
.....

.....  
(data)

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

.....  
(podpis żołnierza zawodowego)

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

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.