

## Formularz zgłoszeniowy

### Dane personalne:

- Imię i nazwisko:
- wiek:
- telefon:
- e-mail:

### Dane medyczne:

- aktualna masa ciała (kg):
  - najwyższa osiągnięta w życiu masa ciała (kg):
  - wzrost (cm):
  - wskaźnik BMI\*
- 
- Choroby przewlekłe na które się Pani/Pan leczy (proszę wymienić):
- 
- Leki przyjmowane na stałe (proszę wymienić):
- 
- Przebyte operacje (proszę wymienić):

Wypełniony formularz prosimy przesać na adres:

**[bariatria@szpital.slupsk.pl](mailto:bariatria@szpital.slupsk.pl)**

**Informacja o wstępnej kwalifikacji do operacyjnego leczenia otyłości zostanie przesłana do Pani/Pana drogą mailową.**