

[illegible]

Kontrolne badanie lekarskie:

1. data ..... godz. ....  
1. data ..... godz. ....  
1. data ..... godz. ....  
1. data ..... godz. ....

Wizyta w pokojach kuracjuszy odbywa się  
w każdym tygodniu w .....  
..... w godz. ....  
.....

W tym czasie nie należy opuszczać pokoju.

**Tryb życia:**  
leczenie uzdrowiskowe jest niejednokrotnie wyczerpujące, dlatego należy w czasie leczenia unikać większych wysiłków, długich spacerów i dalszych wycieczek (bez zezwolenia lekarza), przebywania w pomieszczeniach źle wentrzonych, późnego udawania się na spoczynek, spożywania alkoholu, nadużywania tytoniu.

**Samowolna zmiana zaleceń lekarskich i przedłużanie czasu zabiegów jest szkodliwe dla zdrowia.**  
Kuracjuszy obowiązuje ściśle przestrzeganie regulaminów we wszystkich pomieszczeniach zabiegowych i mieszkalnych, stołówkach, świetlicach itp. Za rzeczy wartościowe nieoddane do depozytu sanatorium nie odpowiada.

**Dieta:**  
w czasie leczenia uzdrowiskowego należy unikać pokarmów ciężkostrawnych oraz nadmiernego obciążania żołądka, zwłaszcza przed zabiegami lub spożywaniem wód mineralnych. Kuracjuszom przysługuje prawo wyboru posiłków spośród zestawów stosowanych w sanatorium. W przypadku konieczności zastosowania diety specjalistycznej należy zwracać się do lekarza leczącego i dietetyczki.

**Zachowanie po zabiegach:**  
po kąpielach i zawijaniach borowinowych konieczny jest dwugodzinny odpoczynek w łóżku. Kuracjusze, którzy nie zamieszkują w sanatorium, w którym pobierają zabiegi - winni co najmniej pół godziny odpocząć w wypoczynalni, w miejscu pobierania zabiegów, po czym udać się na dalszy odpoczynek w miejscu zamieszkania.

Inne przepisy:

Kuracja pitna				
Ciepłota wody	Kiedy	Po ile gramów	Ile razy dziennie	Nazwa źródła
	..... godz. przed / po jedzeniu			
	..... godz. przed / po jedzeniu			
	..... godz. przed / po jedzeniu			

Wody lecznicze należy pić powoli przez szklaną rurkę. Ściśle przestrzegać zaleceń powyżej wskazówek.

.....  
pieczęć nagłównikowa sanatorium

Karta zabiegowa nr .....

dla Pana(i) .....  
.....

Data rozpoczęcia leczenia .....

Lekarz leczący .....

Wstępne badania lekarskie dnia .....

..... godz. ....  
..... gabinet .....

.....  
podpis lekarza

Dieta .....