

**WYWIAD PROFILAKTYCZNY
BADANIE PODMIOTOWE PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ**

(wypełnia badany, a w przypadku dzieci i młodzieży do 16 roku życia rodzic lub opiekun prawny)

Przy postawionych pytaniach należy zakreślić prawidłową odpowiedź.

A. Czy kiedykolwiek lekarz nie wydał badanemu zgody na udział w zajęciach sportowych, jeżeli tak to z jakiego powodu ?	Nie	Tak	
B. Przebyte lub istniejące choroby w szczególności:			Rodzaj choroby, urazu, orientacyjna data wystąpienia , okres i sposób leczenia (leczenie w przychodni, szpitalu, operacje, leczenie w poradni specjalistycznej)
1. Układu oddechowego (w tym problemy astmatyczne)	Nie	Tak	
2. Układu sercowo-naczyniowego	Nie	Tak	
3. Krwi (w tym zaburzenia wchłaniania żelaza, niedokrwistości)	Nie	Tak	
4. Endokrynologiczne i metaboliczne (w tym cukrzyca, choroby tarczycy)	Nie	Tak	
5. Układu moczowo-płciowego	Nie	Tak	
6. Układu nerwowego (w tym padaczka, epizody utraty przytomności)	Nie	Tak	
7. Układu narządów ruchu (w tym urazy kończyn górnych i dolnych, kręgosłupa)	Nie	Tak	
8. Urazy głowy	Nie	Tak	
9. Układu pokarmowego	Nie	Tak	
10. Zaburzenia psychiczne (czy korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry)	Nie	Tak	
11. Zaburzenia wzroku	Nie	Tak	
12. Zaburzenia słuchu	Nie	Tak	
13. Uczulenia (rodzaj substancji)	Nie	Tak	
14. Wady wrodzone	Nie	Tak	
B. Inne problemy zdrowotne:			
1. Aktualne dolegliwości i/ lub przyjmowane obecnie leki	Nie	Tak	
2. Uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub leków psychotropowych	Nie	Tak	
3. Palenie papierosów (ile sztuk na dobę?)	Nie	Tak	

Oświadczam, że zrozumiałem/łam treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyczerpująco i prawdziwie. Wyrażam zgodę na wykonanie badań niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Imię i nazwisko:..... PESEL.....
 Zam.: Ulica.....Miejscowość.....Kod.....
 Data badania:.....Dyscyplina.....Telefon.....

.....
 Data i podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....
 Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej