

## WYWIAD PROFILAKTYCZNY

### BADANIE PODMIOTOWE PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ

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

Imię i nazwisko badanego ..... PESEL .....

Data badania ..... Dyscyplina ..... Telefon .....

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. Czy badany był leczony lub jest w trakcie leczenia chorób:	X	X	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. Endokrynologicznych i metabolicznych (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. Układu pokarmowego	NIE	TAK	
9. Urazy głowy?	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. Choroby skóry?	NIE	TAK	
14. Wady wrodzone?	NIE	TAK	
15. Uczulenia (rodzaj substancji)?	NIE	TAK	
C. Inne problemy zdrowotne:	X	X	
1. Aktualne dolegliwości i/lub przyjmowane obecnie leki?	NIE	TAK	
2. Czy w rodzinie występowały choroby serca, cukrzyca, choroby dziedziczne – jakie?	NIE	TAK	
3. Uzależnienia od alkoholu, środków odurzających, leków, palenie papierosów (szt./dzień)?	NIE	TAK	

**Dotyczy kobiet:** I miesiączka w wieku ..... lat, czy miesiączkuje regularnie – TAK/NIE?

Oświadczam, że zrozumiałem/am 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.

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

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