

**PORADNIA MEDYCYNY SPORTOWEJ**

WIZYTA PIERWSZORAZOWA / BADANIA WSTĘPNE	
DATA ROZPOCZĘCIA BADAN	
NAZWISKO:	IMIĘ:
PESEL:	PLEĆ: M / K
NAZWA KLUBU / SZKOŁY SPORTOWEJ:	TELEFON KONTAKTOWY SPORTOWCA / RODZICA / OPIEKUNA:
RODZAJ DYSCIPLINY SPORTOWEJ:	DATA ROZPOCZĘCIA UPRAWIANIA SPORTU:
ADRES ZAMIESZKANIA:	USŁUGA: NFZ / KOMERCYJNA
ILE RAZY, ILE GODZIN W TYGODNIU TRENUJE:	

**WYWIAD RODZINNY**

CZY KTOŚ Z TWOJEJ RODZINY (RODZICE, RODZENSTWO, DZIADKOWIE)		
1. ZMARŁ NAGLE PRZED 35 ROKIEM ŻYCIA ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
2. CHORUJE NA NADCIŚNIENIE TĘTNICZE?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
3. CHORUJE NA SERCE?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
4. CHORUJE NA CUKRZYCĘ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
5. CHORUJE NA ASTMĘ	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

1/3

**PORADNIA MEDYCYNY SPORTOWEJ**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

**WYWIAD RODZINNY C. D.**

6. CZY I W JAKIEJ ILOŚCI I JAKIE UŻYWKI STOSUJESZ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
7. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁE(A)Ś OPERACJĘ SERCA LUB NACZYŃ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
8. CZY KIEDYKOLWIEK ROZPOZNANO U CIEBIE WADY / ANOMALIE SERCA?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
9. CZY KIEDYKOLWIEK BYŁE(A)Ś LECZONY(A) NA SERCE?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
10. CZY PRZYJMUJESZ JAKIEŚ LEKI NA SERCE?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
11. CZY PRZYJMUJESZ PRZEWLEKLE JAKIEŚ LEKI?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
12. CZY U KOGOŚ Z TWOJEJ RODZINY ROZPOZNANO PRZEROST SERCA?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
13. CZY KTOŚ Z TWOJEJ RODZINY MIAŁ WSZCZEPIONY ROZRUSZNIK/DEFIBRYLATOR SERCA?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
14. CZY ODCZUWASZ BÓLE W KŁATCE PIERSIOWEJ PODCZAS WYSIŁKU, KTÓRE USTĘPUJĄ PO JEGO ZAPRZESTANIU?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
15. CZY ODCZUWAŁE(A)Ś KIEDYKOLWIEK BICIE SERCA? (PRZEZ BICIE SERCA OKREŚLA SIĘ REGULARNE LUB NIEREGULARNE POWYŻEJ 110 UDERZEŃ NA MINUTĘ, Z LUB BEZ OBJAWÓW KLINICZNYCH: ZAWROTY GŁOWY, BÓLE W KŁATCE PIERSIOWEJ, BRAK POWIETRZA, OMDLENIE LUB UCZUCIE ZBLIŻAJĄCEGO SIĘ OMDLENIA.)	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
16. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁE(A)Ś UCZUCIE ZBLIŻAJĄCEGO SIĘ OMDLENIA LUB ZEMDLAŁE(A)Ś? (OMDLENIE OKREŚLA SIĘ JAKO ORGANICZNE LUB UTRATA ŚWIADOMOŚCI CZĘSTO POPRZEDZONE ZAWROTAMI GŁOWY LUB ZABURZENIAMI WIDZENIA)	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
17. CZY ROZPOZNANO U CIEBIE PODWYŻSZONE CIŚNIENIE KRWI?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
18. CZY CHORUJESZ NA CUKRZYCĘ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
19. CZY MASZ ALERGIĘ? JEŻELI TAK TO NA CO?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
20. CZY CHORUJESZ NA ASTMĘ LUB INNE PRZEWLEKŁE CHOROBY PŁUC?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

2/3

**PORADNIA MEDYCYNY SPORTOWEJ**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

PESEL: .....

**WYWIAD RODZINNY C. D.**

21. CZY CHORUJESZ NA JAKIEŚ CHOROBY PRZEWLEKŁE?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
22. CZY KIEDYKOLWIEK PRZEBYWAŁE(A)Ś W SZPITALU? JEŻELI TAK, TO Z JAKIEGO POWODU?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
23. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁE(A)Ś JAKIEŚ POWAŻNE URAZY / ZŁAMANIA?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
24. CZY WYSTĘPUJĄ U CIEBIE INNE DOLEGLIWOŚCI, O KTÓRE NIE ZAPYTANO POWYZEJ?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
PODPIS OSOBY ODPOWIADAJACEJ NA POWYZSZE PYTANIA (SPORTOWIEC LUB RODZIC / PRAWNY OPIEKUN)		

**OŚWIADCZENIE:**

STWIERDZAM, ŻE NIE WYSTĄPIŁY U MNIE (U MOJEGO DZIECKA) DRGAWKI, UTRATY ŚWIADOMOŚCI ORAZ ZABURZENIA PSYCHICZNE

DATA:	PODPIS:
-------	---------

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:**WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIA MOJEGO DZIECKA .....  
W PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ

DATA:	PODPIS:
-------	---------