

WYWIAD PROFILAKTYCZNY
BADANIE PODMIOTOWE PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ

(wypełnia rodzic lub opiekun prawny, a w przypadku młodzieży powyżej 16 rż- osoba badana)
(właściwe odpowiedzi zaznaczyć krzyżykiem)

.....ur.....
(imię i nazwisko badanego sportowca)

adres.....

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE PRZEWLEKLE NA JAKĄŚ CHOROBE LUB DOLEGLIWOŚĆ

- NIE, JEST OGÓLNIIE ZDROWE
 TAK, CHORUJE NA (proszę opisać):

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE NA SERCE, MA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE W OKOLICY SERCA, KLUCIA, NIERÓWNE BICIE SERCA, ARYTMIE, BRAK POWIETRZA W TRAKCIE LUB PO WYSIŁKU

- NIE,
 TAK, (proszę opisać):

CZY PAŃSTWA DZIECKO KIEDYKOLWIEK ZEMDLAŁO, STRACIŁO PRZYTOMNOŚĆ

- NIE,
 TAK, (proszę opisać, ile razy, kiedy i w jakich okolicznościach- przy gorączce, w szkole na apel, po upadku z wysokości, przy upadku z roweru itp.)

CZY PAŃSTWA DZIECKO MIAŁO ZŁAMANĄ KOŚĆ (np. rękę, nogę) LUB INNY POWAŻNY URAZ (np. wypadek samochodowy, upadek z wysokości) LUB KONTUZJĘ SPORTOWĄ:

- NIE,
 TAK (proszę opisać kiedy, która kość, np. lewy nadgarstek; opis urazu/wypadku: kiedy, co się stało- np. wstrząs mózgu po wypadku na rowerze,; i czy zostały trwałe skutki na zdrowiu).

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE LUB MA PROBLEMY ZE WZROKIEM, OCZAMI (nosi okulary, nie widzi dobrze)

- NIE,
 TAK (proszę opisać jakie okulary np. -2,5)

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE LUB MA PROBLEMY ZE SŁUCHEM, USZAMI:

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY PAŃSTWA DZIECKO MA PROBLEMY Z PORUSZANIEM SIĘ , MA BÓLE KOŚCI, NÓG, KOLAN, KRĘGOSŁUPA LUB MA INNE PROBLEMY NARZĄDU RUCHU (np. płaskostopie, skrzywienie kręgosłupa)

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE NA PADACZKĘ, CUKRZYCĘ LUB INNĄ CHOROBE (np. układu oddechowego, pokarmowego lub inną chorobę przewlekłą)

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY PAŃSTWA DZIECKO JEST POD OPIEKĄ JAKIEJŚ PORADNI SPECJALISTYCZNEJ (np. kardiologa, gastrologa, ortopedy, chirurga, alergologa)

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY PAŃSTWA DZIECKO MIAŁO OPERACJĘ

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY PAŃSTWA DZIECKO BIERZE REGULARNIE CODZIENNIE LEKI

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

CZY W PAŃSTWA RODZINIE (rodzice dziecka, babcie, dziadkowie, rodzeństwo, inni krewni) BYŁY JAKIEŚ POWAŻNE CHOROBY SERCA (np. zawał, nagła śmierć, nadciśnienie) I INNE CHOROBY

- NIE,
 TAK (proszę opisać)

OŚWIADCZAM, ŻE ZROZUMIALEM/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 W ZAKRESIE MEDYCYNY SPORTOWEJ.

.....
Podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej

DANE RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ:

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres.....

