



Żołynia, ul. Białobrzaska 13 „a”

--

WIZYTA PIERWSZORAZOWA / BADANIE WSTĘPNE

DATA ROZPOCZĘCIA BADAŃ	
---------------------------------------	--

NAZWISKO	IMIĘ
PESEL	PŁEĆ M / K
NAZWA KLUBU/ SZKOŁY SPORTOWEJ	TELEFON KONTAKTOWY SPORTOWCA/ RODZICA, OPIEKUNA
RODZAJ DYSCYPLINY SPORTOWEJ	DATA ROZPOCZĘCIA UPRAWIANIA SPORTU
ADRES ZAMIESZKANIA	ILE RAZY ORAZ ILE GODZIN W TYGODNIU TRENUJE





Imię i nazwisko:

.....PESEL:.....

WYWIAD RODZINNY:

Czy Ty lub ktoś z Twojej Rodziny (Rodzice, Rodzeństwo, Dziadkowie) :

•Zmarł nagle przed 35 rokiem życia?	TAK	NIE
•Czy chorujesz na nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
•Czy choruje na serce?	TAK	NIE
•Czy choruje na cukrzycę?	TAK	NIE
•Choruje na astmę ?	TAK	NIE
•Czy i w jakiej ilości i jakie używki stosujesz?	TAK	NIE
•Czy miałe (a)ś operację serca lub naczyń?	TAK	NIE
•Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie wady/anomalie serca ?	TAK	NIE
•Czy kiedykolwiek byłe(a)ś leczony(a) na serce ?	TAK	NIE
•Czy przyjmujesz jakieś leki na serce ?	TAK	NIE
•Czy przyjmujesz przewlekle jakieś leki ?	TAK	NIE
•Czy u kogoś z twojej Rodziny rozpoznano p[przerost serca ?	TAK	NIE
•Czy ktoś z twojej Rodziny miał wszczepiony rozrusznik serca ?	TAK	NIE
•Czy odczuwasz bóle w klatce piersiowej podczas wysiłku, które ustępują po jego zaprzestaniu ?	TAK	NIE
•Czy odczuwałe(a)ś kiedykolwiek bicie serca? (przez bicie serca określa się regularne lub nieregularne powyżej 11/min uderzeń na minutę , z lub bez objawów klinicznych: zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, brak powietrza, omdlenie lub uczucie zbliżającego się omdlenia).	TAK	NIE
•Czy kiedykolwiek miałe(a)ś uczucie zbliżającego się omdlenia lub zemdlące(a)ś? (omdlenie określa się jako ograniczenie lub utrata świadomości często poprzedzone zawrotami głowy lub zaburzeniami widzenia).	TAK	NIE
•Czy rozpoznano u Ciebie podwyższone ciśnienie krwi?	TAK	NIE
•Czy chorujesz na cukrzycę ?	TAK	NIE
•Czy masz alergię ? jeżeli tak to na co ?	TAK	NIE
•Czy chorujesz na astmę lub inne przewlekle choroby płuc ?	TAK	NIE
•Czy chorujesz na jakieś choroby przewlekle ?	TAK	NIE
•Czy kiedykolwiek przebywałe(a)ś w szpitalu? Jeżeli tak, to z jakiego powodu ?	TAK	NIE
•Czy kiedykolwiek miałe(a)ś jakieś poważne urazy/złamania?	TAK	NIE
•Czy występują u Ciebie inne dolegliwości, o które nie zapytano powyżej?	TAK	NIE
Podpis osoby odpowiadającej na powyższe pytania (sportowiec lub Rodzic/ prawny Opiekun)		





OŚWIADCZENIE:

Stwierdzam, że nie wystąpiły u mnie (mojego dziecka) drgawki, utraty świadomości oraz zaburzenia psychiczne

Data i
podpis:.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Wyrażam zgodę na badanie mojego
dziecka:.....
w Poradni Centrum Medyczne Ant-Med.

Data i
podpis:.....
.....



OŚWIADCZENIE

PACJENTA:.....
.....
.....

(Imię i nazwisko, PESEL Pacjenta)





Upoważniam Panią/ Pana //Nie upoważniam

.....
.....

(Imię i nazwisko, adres, numer telefonu)

.....
.....

.....
.....

- do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych *;
- do uzyskania mojej dokumentacji medycznej*;

*)niepotrzebne skreślić

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Ant-Med. do celów związanych z działalnością leczniczą.

Wyrażam również zgodę na przeprowadzenie wszelkich badań oraz udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych koniecznych w procesie leczenia czy diagnostyki.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Centrum medyczne Ant-Med. do celów związanych z działalnością leczniczą oraz marketingową. W każdym momencie mam prawo do wglądu do moich danych oraz ich edycji.

(W przypadku osoby nieletniej uzupełnia opiekun prawny lub Sąd Opiekunyczny).

Data i podpis (Osoby składającej oświadczenie):.....

