

SPORTSmed KARTA BADANIA SPORTOWO-LEKARSKIEGO - BADANIE PODMIOTOWE KONTROLNE

imię i nazwisko pacjenta					PESEL									
adres					nr telefonu			e-mail						
dyscypliny sportu aktualnie:	od kiedy	godz/ tydz.	treningi/tydz.	nazwa klubu	dyscypliny sportu uprawiane w przeszłości:	ile lat	intensywność	od kiedy nie						
przyjmowane leki:					przyjmowane odżyvky, witaminy, suplementy:									
(dotyczy okresu od ostatniej wizyty):		TAK, OPIS:		NIE	(dotyczy okresu od ostatniej wizyty):		TAK, OPIS:		NIE					
HOSPITALIZACJE		(oddział, daty)			ODBYTE KONSULTACJE LUB OPIEKA LEK. SPECJALISTY									
ZABIEGI OPERACYJNE		(jakie, daty)			SZCZEPIENIA		(„wg planu”, dodatkowe)							
CHOROBY PRZEWLEKŁE					URAZY, KONTUZJE									
CHOROBY SERCA LUB WADY SERCA					UTRATY PRZYTOMNOŚCI LUB ZASŁABNIĘCIA									
BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ					NAPADY PADACZKOWE									
KOŁATANIE LUB NIERÓWNE BICIE SERCA					NIEDOWŁADY LUB OSŁABIENIE SIŁY KOŃCZYN									
DUSZNOŚĆ					ZAWROTY GŁOWY									
SPADEK WYDOLNOŚCI, SZYBSZE MĘCZENIE SIĘ					BÓLE GŁOWY									
NADCIŚNIENIE					CHOROBY NEUROLOGICZNE LUB PSYCHIATRYCZNE									
ŻYLAKI					WADA WZROKU / SZKŁA LUB SOCZEWKI KONT.									
ASTMA					ZABURZENIA WIDZENIA PO ZMROKU									
CUKRZYCA					CHOROBY UCHA / BŁĘDNIKA									
CHOROBY METABOLICZNE I ENDOKRYNOLOGICZNE					BÓLE KRĘGOSŁUPA									
ALERGIE					BÓLE STAWÓW, ŚCIEGIEN LUB KOŚCI									
CHOROBY ZAKAŻNE					CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO									
BÓLE BRZUCHA / WYMIOTY BIEGUNKI / ZAPARCIA					ZABURZENIA ODDAWANIA LUB ILOŚCI MOCZU									
KREW W STOLCU / CZARNE LUB ODBARWIONE STOLCE					KREW W MOCZU / PIENISTY MOCZ									
ZMIANA MASY CIAŁA					CHOROBY REUMATYCZNE									
WADY WRODZONE LUB GENETYCZNE					INNE CHOROBY LUB DOLEGLIWOŚCI									
SPOŻYCIE ALKOHOLU					DIETY SPECJALNE LUB ELIMINACYJNE		(jakie, od kiedy)							
PALENIE TYTONIU		(ile, od kiedy, od kiedy nie)			POBYT W KRAJACH TROPIKALNYCH		(gdzie, kiedy, jak długo)							
SUBSTANCJE ODURZAJĄCE LUB PSYCHOTROPOWE					UKĄSZENIE PRZEZ KLESZCZA									
DŁUŻSZE ZWOLNIENIA Z AKTYWNOŚCI SPORTOWEJ		(powód, kiedy, jak długo)			INNE INFORMACJE, np CIAŻA									
CHOROBY W BIOLOGICZNEJ RODZINIE PACJENTA:					nagłe zgony: T/N		wady serca: T/N		zawał serca: T/N		cukrzyca: T/N		astma: T/N	
					nadciśnienie: T/N		nowotwory: T/N		choroby reumatyczne: T/N		inne:			
Oświadczam, że podane przeze mnie odpowiedzi są prawdziwe i nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie przez SPORTSmed Specjalistyczne Centrum Medyczne M. Skrzypiec-Spring A. Spring Spółka Cywilna podanych przeze mnie moich / mojego dziecka danych osobowych w celu realizacji usług medycznych.														
data i podpis:														