

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:														
(pytania dotyczą całego życia pacjenta):			TAK, OPIS:	NIE	(pytania dotyczą całego życia pacjenta):			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:																			