


WIZYTA PIERWSZORAZOWA / BADANIA WSTĘPNE

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

--

NAZWISKO	IMIĘ
PESEL	PŁEĆ M / K
NAZWA KLUBU / SZKOŁY SPORTOWEJ	TEL. KONTAKTOWY SPORTOWCA/RODZICA, OPIEKNA
RODZAJ DYSCYPLINY SPORTOWEJ	DATA ROZPOCZĘCIA UPRAWIANIA SPORTU
ADRES ZAMIESZKANIA	USŁUGA NFZ / KOMERCYJNA
ILE RAZY ORAZ ILE GODZIN W TYGODNIU TRENUJE	

WYWIAD RODZINNY:

Czy ktoś z Twojej rodziny (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)		
1. Zmarł nagle przed 35 rokiem życia ?	TAK	NIE
2. Choruje na nadciśnienie tętnicze ?	TAK	NIE
3. Choruje na serce ?	TAK	NIE
4. Choruje na cukrzycę ?	TAK	NIE
5. Choruje na astmę ?	TAK	NIE

Imię i nazwisko:PESEL:
 WYWIAD C.D.

6.. Czy i w jakiej ilości i jakie używki stosujesz?	TAK	NIE
7. Czy kiedykolwiek miałe(a)ś operację serca lub naczyń ?	TAK	NIE
8. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie wady/anomalie serca?	TAK	NIE
9. Czy kiedykolwiek byłe(a)ś leczony(a) na serce ?	TAK	NIE
10. Czy przyjmujesz jakieś leki na serce?	TAK	NIE
11. Czy przyjmujesz przewlekłe jakieś leki?	TAK	NIE
12. Czy u kogoś z Twojej rodziny rozpoznano przerost serca?	TAK	NIE
13. Czy ktoś z Twojej rodziny miał wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca?	TAK	NIE
14. Czy odczuwasz bóle w klatce piersiowej podczas wysiłku, które ustępują po jego zaprzestaniu?	TAK	NIE
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 klatce piersiowej, brak powietrza, omdlenie lub uczucie zbliżającego się omdlenia.	TAK	NIE
16. Czy kiedykolwiek miałe(a)ś uczucie zbliżającego się omdlenia lub zemdłałe(a)ś ? (omdlenie określa się jako ograniczenie lub utrata świadomości często poprzedzone zawrotami głowy lub zaburzeniami widzenia)	TAK	NIE
17. Czy rozpoznano u ciebie podwyższone ciśnienie krwi ?	TAK	NIE
18. Czy chorujesz na cukrzycę ?	TAK	NIE
19. Czy masz alergię ? Jeżeli tak, to na co ?	TAK	NIE
20. Czy chorujesz na astmę lub inne przewlekłe choroby płuc ?	TAK	NIE

Imię i nazwisko:PESEL:

WYWIAD C.D.

21. Czy chorujesz na jakieś choroby przewlekłe ?	TAK	NIE
22. Czy kiedykolwiek przebywałeś(a)ś w szpitalu ? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?	TAK	NIE
23. Czy kiedykolwiek miałeś(a)ś jakieś poważne urazy / złamania?	TAK	NIE
24. 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 (u mojego dziecka) drgawki, utraty świadomości oraz zaburzenia psychiczne

DATA:

PODPIS:

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Wyrażam zgodę na badania mojego dziecka:
W Poradni Medycyny Sportowej Centrum Zdrowia ETER-MED.

DATA:

PODPIS:

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

(imię i nazwisko, PESEL pacjenta)

Upoważniam Panią/Pana // Nie upoważniam

.....
(Imię i nazwisko, adres, numer telefonu)
.....

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

*niepotrzebne skreślić

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez N ZOZ ETER-MED Sp. z o.o. do celów związanych z działalnością leczniczą.

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

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

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

DATA:

PODPIS (osoby składającej oświadczenie):