

KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Data:.....

Nazwisko i imię:.....

Data urodzenia:.....

Dyscyplina sportowa:.....

Nazwisko i imię opiekuna:.....

Tel:.....

WYWIAD:

Wiek:..... Wzrost:..... Waga:.....

- Czy zawodnik choruje na:

- choroby serca i układu krążenia T/N
- choroby płuc i układu oddechowego T/N
- choroby neurologiczne (drgawki, padaczka, zawroty głowy) T/N
- choroby narządu ruchu (kości, mięśni, stawów) T/N
- choroby wzroku (wady, okulary, soczewki) T/N
- choroby słuchu T/N
- choroby układu moczowego T/N
- choroby dermatologiczne T/N
- cukrzycę T/N
- astmę T/N
- choroby tarczycy T/N
- alergie / uczulenia T/N
- inne T/N

- Czy zawodnik leczy się pod opieką specjalisty?

- Jakiego? T/N

- Czy zawodnik zażywa na stałe leki?

- Jakie? T/N

- Czy zawodnik był hospitalizowany w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Z jakiego powodu?

- T/N

- Przebyte zabiegi operacyjne, urazy:

Data, podpis zawodnika / opiekuna