

Formularz Badania Podmiotowego

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel _____ Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Miejscowość _____ Kod _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np.:

15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to zaznacz: Tak Nie

- | | | | | | |
|--|-----|-----|--|-----|-----|
| 1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? | Tak | Nie | 15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? | Tak | Nie |
| 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? | Tak | Nie | 16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? | Tak | Nie |
| 3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? | Tak | Nie | 17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? | Tak | Nie |
| 4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? | Tak | Nie | 18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? | Tak | Nie |
| 5. Czy przyjmujesz jakieś leki? | | | 19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? | Tak | Nie |
| (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) | Tak | Nie | 20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? | Tak | Nie |
| 6. Czy kiedykolwiek zemdląłeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? | Tak | Nie | 21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? | Tak | Nie |
| 7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? | Tak | Nie | 22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? | Tak | Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) | Tak | Nie | 23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? | Tak | Nie |

wysokie ciśnienie krwi	szmery w sercu
wysoki poziom cholesterolu	zapalenie serca

- | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| 9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) | Tak | Nie | 27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? | Tak | Nie |
| 10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? | Tak | Nie | 28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? | Tak | Nie |
| 11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? | Tak | Nie | 29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? | Tak | Nie |
| 12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice) | Tak | Nie | 30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? | Tak | Nie |
- | | | | | |
|---------------------|-------|------------|--------|-------------|
| Plecy – część dolna | Szyja | Łokieć | Biodro | Łydka/Goleń |
| Plecy – część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka |
| Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce |
- | | | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| 31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? | Tak | Nie | 35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtaczce zakaźnej (WZW)? | Tak | Nie |
| 32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? | Tak | Nie | 36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałybyś lub powinieneś/powinnaś omówić lekarzem? | Tak | Nie |
| 33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? | Tak | Nie | | | |
| 34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? | Tak | Nie | | | |

Tylko kobiety

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____
38. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach 2 – 32 wg. przykładu:

Odp. 15 – wyrostek robaczkowy – 2004 r. lub około 10 lat temu.

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO wyrażną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską Barbara Lusińska, 76-200 Słupsk, ul. Westerplatte 1, w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej Barbara Lusińska. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art.7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany przez Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską Barbara Lusińska o celu zbierania danych osobowych, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania, oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej

BADANIA DODATKOWE				Data:
MORFOLOGIA leu MCV ery MCH Hb MCHC HT PLT		MOCZ BADANIE OGÓLNE Barwa bakterie Cw uro pH białko Ery bil Leu		
EKG RZM AS /min		normogram, lewogram, prawogram, bez zaburzeń rytmu i przewodzenia, odstęp QTC w granicach normy, cechy przerostu lewej komory		GLUKOZA
SPIROMETRIA		BADANIE NEUROLOGICZNE		

BADANIE LEKARSKIE SPORTOWE					data:
Waga	Wzrost	RR	AS	OP	OL
Og. badanie lekarskie i ocena stanu uzębienia	Bez istotnych odchyleń , nadwaga/otyłość, patologiczny szmer nad sercem, próchnica, aparat ortodontyczny				
Badanie ortopedyczne	Bez istotnych odchyleń , wada postawy, wada kl.p., skolioza, kifoza, asymetria łopatek., koślawość stóp, płaskostopie, wady wrodzone układu ruchu				
Dodatkowe zalecenia	Brak	Kontrola w POZ, kontrola badań, ćw.korekcyjne/rehabilitacja, konsultacja kardiologiczna			
Ograniczenia	Brak	Lekki, umiarkowany wysiłek fizyczny, bez obciążenia...			
Orzeczenie	Zdolny			Niezdolny	
Ważne do:	Podpis i pieczęć lekarza:				