

# Formularz Badania Podmiotowego

imię i nazwisko

PESEL

Adres

Telefon

Data badania

Dyscyplina

## Zakreśl właściwą odpowiedź:

1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy TAK / NIE
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? TAK / NIE
3. Czy lekarz kiedykolwiek odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? TAK / NIE
4. Czy chorujesz przewlekle? TAK / NIE
5. Czy przyjmujesz jakieś leki? TAK / NIE
6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/byłeś bliski omdlenia/straciłeś przytomność? TAK / NIE
7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś ból/ucisk w klatce piersiowej? TAK / NIE
8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz (podkreśl odpowiednie przypadki): wysokie ciśnienie krwi, szmery w sercu, wysoki poziom cholesterolu, zapalenie serca
9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? TAK / NIE
10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem, choruje przewlekle? TAK / NIE
11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? TAK / NIE
12. Czy miałeś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła, lub zapalenie ścięgna? TAK / NIE  
Jeśli TAK to podaj okolicę \_\_\_\_\_
13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały fizjoterapii, fizykoterapii, usztywnienia gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez lub kul? TAK / NIE
14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego MR, tomografii komputerowej KT lub USG? TAK / NIE
15. Czy byłeś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? TAK / NIE
16. Czy byłeś przyjęty/leżałeś w szpitalu? TAK / NIE

17. Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny? TAK / NIE
18. Czy jesteś uczulony na leki, pyłki, pokarmy lub owady? TAK / NIE
19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? TAK / NIE
20. Czy podczas ćwiczenia kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? TAK / NIE
21. Czy stosowałeś kiedyś inhalator? TAK / NIE
22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? TAK / NIE
23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, niedrożność nosa? TAK / NIE
24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? TAK / NIE
25. Czy urodziłeś się bez lub brakuje Tobie jednej nerki, oka, jądra lub innego narządu? TAK / NIE
26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? TAK / NIE
27. Czy zdarzają Ci się bóle lub zawroty głowy? TAK / NIE
28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? TAK / NIE
29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy?) TAK / NIE
30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? TAK / NIE
31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? TAK / NIE
32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? TAK / NIE
33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? TAK / NIE
34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś na wadze lub schudłeś? TAK / NIE
35. Czy byłeś szczepiony przeciw żółtaczkce zakaźnej (WZW)? TAK / NIE
36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś omówić z lekarzem? TAK / NIE

## Tylko kobiety:

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? \_\_\_\_\_
38. Czy miesiączkujesz regularnie? TAK / NIE

## Wyjaśnij odpowiedzi "TAK" w pytaniach 2-32.

\_\_\_\_\_  
Podpis zawodnika powyżej 16 r. z.

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub opiekuna

Informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Medklinika Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Biedronki 3, 60-185 Skórzewo.

Pytania w zakresie danych osobowych można kierować do Administratora na adres: kontakt@medklinika.com

Dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celu skontaktowania się i udzielenia odpowiedzi, skontaktowania się celem złożenia oferty, podjęcia innych działań na życzenie osoby, której dane dotyczą, należytego wykonania umowy.

Informujemy o przysługującym Pani/Panu prawie dostępu do Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, do przenoszenia danych, a także o prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mają Państwo również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jest warunkiem niezbędnym do skontaktowania się i udzielenia odpowiedzi, skontaktowania się celem złożenia oferty, podjęcia innych działań na życzenie osoby, której dane dotyczą należytego wykonania umowy

Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Państwa skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na Państwa wpływające, w tym do profilowania.