

Formularz Badania Podmiotowego

Dane pacjenta

imię i nazwisko

PESEL

Data badania

Dyscyplina

Waga

_____ wypełnia lekarz

Wzrost

_____ wypełnia lekarz

Ciśnienie

_____ wypełnia lekarz

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 przewlekłe ? TAK / NIE
5. Czy przyjmujesz jakieś leki ? TAK / NIE
6. Czy kiedykolwiek zemdląłeś/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 ? TAK / NIE
9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca ? TAK / NIE
10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem, choruje przewlekłe ? 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? Jeśli TAK to podaj okolicę _____ TAK / NIE
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 |
| 7. 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 żółtacze 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 żądanie 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 żądanie 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.