Bielsko-Biała,dn……………………………………….........

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**BADANIE FIZYKALNE: RR:**…………./………… Wzrost……….cm Masa ciała…...........kg

**Głowa i szyja:**

opukowo niebolesna,gałki oczne osadzone prawidłowo………….....................szyja symetryczna……………………..

jama ustna: zęby wyleczone/doleczenia…………………………………………………………………………….................

gardło:………………………………….migdałki:…………………………………………………………………………………..

**Układ krążenia:**

akcja serca miarowa ok. ……./min,tony czyste,………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Układ oddechowy:**

nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy,prawidłowy symetryczny,wypuk jawny………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Układ nerwowy:**

prawidłowy,odpowiedni do wieku…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Układ ruchu:**

Kręgosłup …………………………..............................................................plecy…………………palce podłoga……….cm

Kończyny górne:

Stawy barkowe………………………………………………………………………………......................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stawy łokciowe………………….........................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stawy nadgarstkowe…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Kończyny dolne:

Stawy biodrowe………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stawy kolanowe………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stawy skokowe………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zalecenia:……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data badania ………………………………….. Podpis i pieczątka lekarza……………………………………