

Data badania:.....

Imie i nazwisko:..... Data urodzenia:.....

PESEL:..... Dyscyplina:.....

Adres zamieszkania:..... Telefon :.....

**Poprzednie badanie lekarskie przeprowadzono (data):.....**

proszę odpowiedzieć czy od tego czasu:

1	Czy aktualnie czujesz się zdrowy	tak	nie
2	Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę	tak	nie
3	Czy przyjmujesz jakieś leki	tak	nie
4	Czy chorujesz na choroby przewlekłe (np.astma,cukrzyca)	tak	nie
5	Czy jesteś pod opieką lekarza specjalisty	tak	nie
6	Czy leżałeś w szpitalu	tak	nie
7	Czy przeszedłeś zabieg operacyjny	tak	nie
8	Czy jesteś uczulony na leki,pokarmy,owady,pyłki	tak	nie
9	Czy były urazy i kontuzje	tak	nie
10	Czy były sytuacje wymagające rehabilitacji,fizykoterapii,gipsu	tak	nie
11	Czy były wykonywane badania :RTG ,tomografia komputerowa (TK),rezonans magnetyczny (MR),ultrasonografia (USG)	tak	nie
12	Czy były choroby lub urazy uszu	tak	nie
13	Czy były choroby lub urazy oczu	tak	nie
14	Czy były bóle głowy,utruty przytomności,drgawki,padaczka,uraz głowy	tak	nie
15	Czy leczysz się u psychiatry	tak	nie
16	Czy były bole w klatce piersiowej ,omdlenia	tak	nie
17	Czy istotnie schudłeś lub przybrałeś na wadze	tak	nie
18	Czy miewasz świszczący oddech lub stosujesz inhalatory	tak	nie
19	W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę	tak	nie
20	Czy miesiączkujesz regularnie	tak	nie

Wyjaśnienia odpowiedzi:

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.

.....  
podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

.....  
podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej