

Formularz Badania Podmiotowego

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Miejscowość _____ Kod _____

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

- | | |
|---|---|
| <p>1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? Tak</p> <p>2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? Tak Nie</p> <p>3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? Tak Nie</p> <p>4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzyca, astmę, inne)? Tak Nie</p> <p>5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) Tak Nie</p> <p>6. Czy kiedykolwiek zemdlełeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? Tak Nie</p> <p>7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? Tak Nie</p> <p>8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) Nie</p> | <p>15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie</p> <p>16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? Tak Nie</p> <p>17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Tak Nie</p> <p>18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? Tak Nie</p> <p>19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? Tak Nie</p> <p>20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? Tak Nie</p> <p>21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? Tak Nie</p> <p>22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? Tak Nie</p> <p>23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? Tak Nie</p> <p>24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? Tak Nie</p> <p>25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Tak Nie</p> <p>26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? Tak Nie</p> <p>27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? Tak Nie</p> <p>28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie</p> <p>29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie</p> <p>30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie</p> <p>31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie</p> <p>32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie</p> <p>33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie</p> <p>34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie</p> <p>35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? Nie</p> <p>36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałybyś lub powinieneś/powinnaś omówić lekarzem? Tak Nie</p> |
|---|---|

wysokie ciśnienie krwi	szmery w sercu
wysoki poziom cholesterolu	zapalenie serca Tak

- | | |
|--|--|
| <p>9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) Tak Nie</p> <p>10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? Tak Nie</p> <p>11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? Tak Nie</p> <p>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</p> | <p>35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? Nie</p> <p>36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałybyś lub powinieneś/powinnaś omówić lekarzem? Tak Nie</p> |
|--|--|

Plecy – część dolna	Szyja	Łokiec	Biodro	Łydka/Goleń
Plecy – część górna	Bark	Przedramię	Udo	Kostka
Klatka piersiowa	Ramię	Dłoń/Palce	Kolano	Stopa/Palce

- | | |
|---|--|
| <p>13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? Tak Nie</p> <p>14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? Tak Nie</p> | <p>Tylko kobiety</p> <p>37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____</p> <p>38. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie</p> |
|---|--|

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 wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Przychodnię It-Med, 57-300 Kłodzko, ul. Wyspiańskiego 20b, 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 Przychodni It-Med, 57-300 Kłodzko, ul. Wyspiańskiego 20b.. 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 Przychodnię It-Med 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