Wywiad lekarski jest istotnym elementem badania.
Proszę o wypełnienie kwestionariusza, celem uzupełnienia dokumentacji medycznej.

1. Czy dziecko słyszy dobrze? .....
   Czy ma wadę wzroku? .....
   Czy ma bóle głowy?.....

2. Czy dziecko jest chore przewlekle? .....
   Jeżeli tak, to na co? .....

3. Czy dziecko otrzymuje na stałe jakieś leki? .....
   Jeśli tak, to jakie? .....

4. Czy dziecko jest uczulone? .....
   Jeśli tak, to na co? .....

5. Jakie choroby dziecko przechodziło? (w tym zakaźne)
   .....
6. Czy dziecko chorowało na padaczkę?.....
7. Czy kiedykolwiek wystąpiła utrata przytomności / drgawki / omdlenia?
   (właściwe podkreślić)
   Jeżeli tak, to w jakich okolicznościach? .....

8. Czy dziecko kiedykolwiek przebywało w szpitalu, jeżeli tak, to na co? (przedłożyć wypis ze szpitala) .....

9. Czy kiedykolwiek wystąpiły bóle w klatce piersiowej po wysiłku, duszność wysiłkowa lub zawroty głowy po wysiłku? (podkreślić właściwe objawy)

10. Czy były wykonywane operacje, jeżeli tak, to jakie i kiedy?
    .....

11. Czy wystąpiły urazy kręgosłupa, urazy czaszki lub złamania kończyn?
    Jeżeli tak, to w której części ciała i kiedy?.....

12. Czy u kogokolwiek z rodziny wystąpiła wada serca lub nagły zgon z powodów kardiologicznych? .....

13. Czy w rodzinie ktoś choruje lub chorował na nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę?
    Kto i kiedy? .....

14. Czy kiedykolwiek dziecko korzystało z usług innej przychodni med. sportowej, jeżeli tak to kiedy? .....

……

Data i podpis zawodnika powyżej 16 roku życia rodziców lub prawnego opiekuna

	Wielkopolska Przychodnia Sportowo – Lekarska Sp. z o.o. ul. Reymonta 35, 60-791 Poznań tel. (061) 866 87 13 - rejestracja tel./fax (061) 869 91 27 - sekretariat www.wpsl.poznan.pl	Imię i nazwisko dziecka
		PESEL

OŚWIADCZENIE

dot. zgody na badania

Wyrażam zgodę na wykonanie niezbędnych badań i zabiegów lekarskich w Przychodni Sportowej, wymaganych do uzyskania zdolności do uprawiania sportu.

MEDYCYNA SPORTU
(wzrost, waga, RR, tętno, siatka centylowa, mała próba wysiłkowa, EKG serca, ewentualne ECHO serca)
LARYNGOLOG
(oglądanie, wziernikowanie uszu, nosa, gardła, ewentualne płukanie uszu z czopów woskowinowych uniemożliwiających obejrzenie błony bębenkowej)
STOMATOLOG
(przegląd jamy ustnej)
NEUROLOG
(ewentualne wykonanie EEG głowy)
ORTOPEDA
(ewentualne wykonanie zdjęcia RTG)
OKULISTA
(ewentualne zakroplenie oczu celem badania dna oka)
LABORATORIUM
(pobranie krwi)
Oświadczenie obowiązuje do ukończenia przez dziecko 18 roku życia.
Cofnięcie zgody ważne jest tylko w formie pisemnej.

Imię i nazwisko rodzica lub prawnego opiekuna	Seria i nr dowodu osobistego
	Telefon kontaktowy do rodzica
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka	Data: