Plewiska .....

Wywiad lekarski jest istotnym elementem badania. Proszę wypełnić poniższego kwestionariusza, celem uzupełnienia dokumentacji medyczne

Imię i Nazwisko Pacjenta: .....

Data urodzenia: ..... Klub sportowy: .....

Dyscyplina: .....

Obciążenie treningowe: (Ile razy w tygodniu, od kiedy, jak długo)

Ile razy w tygodniu: .....

Od kiedy: .....

Jak długo: .....

WYWIAD DOTYCZĄCY DZIECKA

Pobyt szpitalny: kiedy / powód ☐ TAK ☐ NIE

.....

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? jeśli tak to jakiej ☐ TAK ☐ NIE

.....

Choroby zakaźne ☐ TAK ☐ NIE

.....

Choroby uszu:

Zapalenie ☐ TAK ☐ NIE

Inplanty ☐ TAK ☐ NIE

Szumy ☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko ma wadę wzroku jeśli tak to jaką? ☐ TAK ☐ NIE

.....

Czy dziecko jest alergikiem, ma uczulenie jeśli tak to jakie - na co ☐ TAK ☐ NIE

.....

Czy u dziecka wystąpiła w życiu:

1. Duszność ☐ TAK ☐ NIE
2. Uczucie kołotania, szybkiego bicie serca ☐ TAK ☐ NIE
3. Zawroty głowy ☐ TAK ☐ NIE
4. Utrata przytomności - omdlenia ☐ TAK ☐ NIE
5. Przepuklina ☐ TAK ☐ NIE
6. Drgawki, padaczka ☐ TAK ☐ NIE
7. Złąmania, zwichnięcia ☐ TAK ☐ NIE

Czy dziecko otrzymuje leki na stałe ☐ TAK ☐ NIE

.....

WYWIAD RODZINNY

Czy w rodzinie dziecka wystąpił, wystąpiła występuje:

1. Wada serca	☐	TAK	☐	NIE
2. Nagły zgon	☐	TAK	☐	NIE
3. Nadciśnienie	☐	TAK	☐	NIE
4. Cukrzyca	☐	TAK	☐	NIE
5. Choroby stawów	☐	TAK	☐	NIE
6. Drgawki, padaczka	☐	TAK	☐	NIE
7. Astma oskrzelowa	☐	TAK	☐	NIE
8. Wady wzroku	☐	TAK	☐	NIE

Jeśli TAK , to kto na co i od kiedy:

.....

.....

Podpis rodziców - Opiekunów