

imię i nazwisko pacjenta					PESEL																	
adres					nr telefonu			e-mail														
dyscypliny sportu aktualnie:	od kiedy	godz/ tydz.	treningi/tydz.	nazwa klubu	dyscypliny sportu uprawiane w przeszłości:			ile lat	intensywność	od kiedy nie												
przyjmowane leki:					przyjmowane odżywki, witaminy, suplementy:																	
<b>(dotyczy okresu od ostatniej wizyty):</b>		<b>TAK, OPIS:</b>		<b>NIE</b>	<b>(dotyczy okresu od ostatniej wizyty):</b>		<b>TAK, OPIS:</b>		<b>NIE</b>													
HOSPITALIZACJE		(oddział, daty)			ODBYTE KONSULTACJE LUB OPIEKA LEK. SPECJALISTY																	
ZABIEGI OPERACYJNE		(jakie, daty)			SZCZEPIENIA		(„wg planu”, dodatkowe)															
CHOROBY PRZEWLEKŁE					URAZY, KONTUZJE																	
CHOROBY SERCA LUB WADY SERCA					UTRATY PRZYTOMNOŚCI LUB ZASŁABNIĘCIA																	
BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ					NAPADY PADACZKOWE																	
KOŁATANIE LUB NIERÓWNE BICIE SERCA					NIEDOWŁADY LUB OSŁABIEŃ SIŁY KOŃCZYN																	
DUSZNOŚĆ					ZAWROTY GŁOWY																	
SPADEK WYDOLNOŚCI, SZYBSZE MĘCZENIE SIĘ					BÓLE GŁOWY																	
NADCIŚNIENIE					CHOROBY NEUROLOGICZNE LUB PSYCHIATRYCZNE																	
ŻYLAKI					WADA WZROKU / SZKŁA LUB SOCZEWKI KONT.																	
ASTMA					ZABURZENIA WIDZENIA PO ZMROKU																	
CUKRZYCA					CHOROBY UCHA / BŁĘDNIKA																	
CHOROBY METABOLICZNE I ENDOKRYNOLOGICZNE					BÓLE KRĘGOSŁUPA																	
ALERGIE					BÓLE STAWÓW, ŚCIEGIEN LUB KOŚCI																	
CHOROBY ZAKAŻNE					CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO																	
BÓLE BRZUCHA / WYMIOTY BIEGUNKI / ZAPARCIA					ZABURZENIA ODDAWANIA LUB ILOŚCI MOCZU																	
KREW W STOLCU / CZARNE LUB ODBARWIONE STOLCE					KREW W MOCZU / PIENISTY MOCZ																	
ZMIANA MASY CIAŁA					CHOROBY REUMATYCZNE																	
WADY WRODZONE LUB GENETYCZNE					INNE CHOROBY LUB DOLEGLIWOŚCI																	
SPOŻYCIE ALKOHOLU					DIETY SPECJALNE LUB ELIMINACYJNE		(jakie, od kiedy)															
PALENIE TYTONIU		(ile, od kiedy, od kiedy nie)			POBYT W KRAJACH TROPIKALNYCH		(gdzie, kiedy, jak długo)															
SUBSTANCJE ODURZAJĄCE LUB PSYCHOTROPOWE					UKĄSZENIE PRZEZ KLESZCZA																	
DŁUŻSZE ZWOLNIENIA Z AKTYWNOŚCI SPORTOWEJ		(powód, kiedy, jak długo)			INNE INFORMACJE, np CIAŻA																	
<b>CHOROBY W BIOLOGICZNEJ RODZINIE PACJENTA:</b>					nagłe zgony: T/N		wady serca: T/N		zawał serca: T/N		cukrzyca: T/N		astma: T/N		nadciśnienie: T/N		nowotwory: T/N		choroby reumatyczne: T/N		inne:	
Oświadczam, że podane przeze mnie odpowiedzi są prawdziwe i nie zatailem/am żadnych istotnych informacji. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie przez SPORTSmed Specjalistyczne Centrum Medyczne M.Skrzypiec-Spring A.Spring Spółka Cywilna podanych przeze mnie moich / mojego dziecka danych osobowych w celu realizacji usług medycznych.																						
data i podpis:																						