

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:													
(pytania dotyczą całego życia pacjenta):		TAK, OPIS:		NIE	(pytania dotyczą całego życia pacjenta):		TAK, OPIS:		NIE									
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 OSŁABIENIE 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													
CHOROBY W BIOLOGICZNEJ RODZINIE PACJENTA:		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:																		