

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu / głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
--	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi	
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ?				
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?				
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ?				

Wzrost.....

Waga.....

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....

(podpis badanego)

Oświadczenie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko:
Pesel:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu:
E-mail:

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą z potwierdzeniem lub podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS CoV-2?

TAK

NIE

2. Proszę zaznaczyć jeśli występują u Pana(i) wymienione objawy:

Gorączka Duszności Kaszel Ból gardła Katar

Data i podpis

.....