



SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA
PAWEŁ PASZKOWSKI - SPECJALISTA PEDIATRA KARDIOLOG DZIECIĘCY
Certyfikat Nr 1065 Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej
63-400 Ostrów Wielkopolski ul. M. Konopnickiej 2a
tel. +48 603790399 www.ortocard.pl

Kwestionariusz sportowo-lekarskiego badania podmiotowego
Dziękujemy za sumiennosc i poświęcenie czasu na wypełnienie kwestionariusza.
Kwestionariusz jest poufną częścią dokumentacji medycznej pacjenta przeznaczonym
do użytku lekarskiego i będzie przechowywany w tutejszym Gabinetcie

Data wypełnienia kwestionariusza

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia pacjentaPESEL _ _ _ _ _

Adres Zamieszkania telefon kontaktowy.....

Nazwa i adres klubu sportowego lub szkoły sportowej

DYSCYPLINA SPORTOWA.....OD JAK DAWNA TRENUJElat/.....miesiący

ILE RAZY W TYGODNIU TRENUJE ILE GODZIN TYGODNIOWO TRENUJE

Czy w przeszłości kiedykolwiek lekarz odmówił pacjentowi zgody lub ograniczył udział zawodnika w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? (jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia)

☐ NIE ☐ TAK

Czy u pacjenta kiedykolwiek występowały poniżej wymienione objawy ?(jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia)

☐ NIE ☐ TAK utrata przytomności

☐ NIE ☐ TAK drgawki

☐ NIE ☐ TAK bóle w klatce piersiowej związane z wysiłkiem fizycznym

☐ NIE ☐ TAK kołatania serca (nierówna praca serca)

☐ NIE ☐ TAK obniżona (względem rówieśników) tolerancja wysiłku fizycznego

☐ NIE ☐ TAK epizod świszczącego oddechu (napadu astmy)

Czy u pacjenta wcześniej stwierdzano nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym:

☐ NIE ☐ TAK szmery serca ☐ NIE ☐ TAK podwyższone ciśnienie tętnicze

☐ NIE ☐ TAK nierówną czynność serca, ☐ inne

Czy u pacjenta stwierdzano kiedykolwiek jakiegokolwiek wady wrodzone (w tym braki jakiegoś narządu)

☐ NIE ☐ TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie)

Czy u pacjenta występuje wada (uszkodzenie) wzroku

☐ NIE ☐ TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie)

Czy u pacjenta występuje wada (uszkodzenie) słuchu

☐ NIE ☐ TAK (jeśli **tak** proszę podać jakie)

Czy pacjent był w przeszłości leczony szpitalnie ?(podać powód oraz przybliżony wiek podczas hospitalizacji):

1.....

2.....

3.....

Czy pacjent znajduje się lub znajdował w lekarskiej opiece specjalistycznej?(podać specjalistę oraz powód skierowania)

1.....

2.....

3.....

Czy pacjent miał kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia oraz zakreślić poniżej okolice)

☐ NIE ☐ TAK

Plecy – część dolna Szyja Łokieć Biodro Łydka/Goleń

Plecy – część górna Bark Przedramię Udo Kostka

Klatka piersiowa Ramię Dłoń/Palce Kolano Stopa/Palce

Czy u pacjenta występowały sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? (jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia)

☐ NIE ☐ TAK

Czy u pacjenta występowały sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? (jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia)

☐ NIE ☐ TAK

Czy u pacjenta występowały choroby o ciężkim przebiegu (w tym ciężki uraz głowy, utrata przytomności, ostre zaburzenia psychiczne, drgawki) wymagające hospitalizacji w trybie pilnym? (jeśli **tak** podać czas i okoliczności wystąpienia)

☐ NIE ☐ TAK

Czy w rodzinie pacjenta wystąpił incydent nagłej, niespodziewanej śmierci przed 50 rokiem życia (włączając w to zespół nagłej śmierci łóżeczkowej niemowląt, wypadki samochodowe, utonięcia, inne)?

☐ NIE ☐ TAK (jeśli **tak** podać pokrewieństwo

Czy u członków rodziny pacjenta występują niżej wymienione stany chorobowe (proszę zaznaczyć NIE JEST MI WIADOMO -lub TAK – jeśli **tak** proszę podać pokrewieństwo wobec dziecka)?

Nadciśnienie tętnicze ☐ NIE JEST MI WIADOMO ☐ TAK.....

Cukrzyca..... ☐ NIE JEST MI WIADOMO ☐ TAK.....

Nawracające omdlenia (utrata przytomności) ☐ NIE JEST MI WIADOMO ☐ TAK.....

Astma oskrzelowa ☐ NIE JEST MI WIADOMO ☐ TAK.....

Choroba serca (kardiomiopatia, wady serca, choroba niedokrwienna, zaburzenia rytmu serca) ☐ NIE JEST MI WIADOMO ☐ TAK.....

AKTUALNIE PRZYJMOWANE PRZEZ PACJENTA LEKI ORAZ ICH DAWKI (zarówno na zlecenie przez lekarza jak i te dostępne bez recepty **UWAGA ! jeżeli pacjent nie otrzymuje leków wpisz ŻADNE**)

AKTUALNIE STOSOWANE PRZEZ PACJENTA ODŻYWKI ORAZ SUPLEMENTY DIETY

ALERGIE PACJENTA (leki, żywność, środowisko, inne) – proszę wpisać NIE lub TAK (jeśli **TAK** podać na co jest uczulenie i jego objawy)

DODTYCZY TYLKO PACJENTEK

Czy pacjentka miesiączkuje? ☐ NIE ☐ TAK

W jakim wieku wystąpiła pierwsza miesiączka? (proszę wpisać wiek w latach)

Czy miesiączki są regularne? ☐ NIE ☐ TAK

Kiedy była ostatnia miesiączka (proszę podać datę)

Stwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

.....
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....
PODPIS PACJENTA (POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)

Zgoda na wykorzystanie numeru telefonu komórkowego w komunikacji dotyczącej terminów wizyt

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie udostępnionych danych w celu otrzymywania obecnie oraz w przyszłości wiadomości telefonicznych i SMS informujących o terminach wizyt lekarskich

Przyjmuję do wiadomości, że w każdym momencie przysługuje mi prawo do modyfikacji złożonego oświadczenia, jak również do rezygnacji z otrzymywanych informacji telefonicznych i SMS. Rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie.

.....
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

.....
PODPIS PACJENTA (POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)

.....
PIECZATKA I PODPIS LEKARZA