**ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA**

DZIECKA/OSOBY UPRAWIAJĄCEJ SPORT

Imię i nazwisko………..………………………………………PESEL…..…………….……

Adres zamieszkania………………………………………………tel.………………………

Dyscyplina sportu………………………………………… klub…..…………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STAN ZDROWIA | TAK | NIE | OPIS CHOROBY/DOLEGLIWOŚCI  |
| Dolegliwości obecnie |  |  |  |
| Przebyte choroby zakaźne |  |  |  |
| Wady wrodzone |  |  |  |
| Operacje/zabiegi |  |  |  |
| Omdlenia/utraty przytomności |  |  |  |
| Ch. Układu nerwowego  |  |  |  |
| Ch. układu krążenia |  |  |  |
| Ch. przewodu pokarmowego |  |  |  |
| Ch. układu ruchu (złamania, skręcenia, wady postawy) |  |  |  |
| Ch. narządu słuchu/wzroku(wady wzroku) |  |  |  |
| Ch. układu oddechowego(astma) |  |  |  |
| Ch. układu moczowo-płciowego |  |  |  |
| Ch. endokrynologiczne (ch. tarczycy, zab. hormonalne, cukrzyca) |  |  |  |
| Zaburzenia psychiczne(depresja, ADHD, zab. snu) |  |  |  |
| Alergie |  |  |  |
| Choroby w rodzinie (choroby serca,genetyczne, nagły zgon, cukrzyca, itp.) |  |  |  |
| Skargi na duszności, bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, przewlekły kaszel lub zawroty głowy, bóle stawów, pleców lub mięśni |  |  |  |

Inne problemy zdrowotne……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zrozumiałem/łam\* treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am\* na nie zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyczerpująco i prawdziwie. Wyrażam zgodę na wykonanie badań niezbędnych do prawidłowej oceny stanu mojego zdrowia /zdrowia dziecka\*

…………………………………………………………..

Podpis osoby badanej/przedstawiciela ustawowego

\*Niewłaściwe skreślić