OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Nazwisko i imię kandydata do szkoły: …………………………………………………………………………………………………

PESEL: ……………………………………………………….…, Data urodzenia: …………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Skargi badanego(ej): ……………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tak | Nie | Opis | |
| Urazy czaszki |  |  |  | |
| Urazy układu ruchu |  |  |
| Omdlenia |  |  |
| Padaczka |  |  |
| Inne choroby układu nerwowego |  |  |
| Choroby psychiczne |  |  |
| Cukrzyca |  |  |
| Choroby narządu słuchu/ choroby narządu 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) | Data ostatniej miesiączki: ………………. Zaburzenia cyklu TAK / NIE  Porody…….................. Poronienia …….. Leki hormonalne TAK / NIE | | | |
| Wywiad rodzinny\* | alergia, astma , cukrzyca , choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory, inne (jakie?) | | | |
| Inne problemy zdrowotne |  |  |  |
| Palenie tytoniu : W przeszłości: TAK ile lat? /NIE Nie pali od lat. Obecnie: TAK / NIE ile sztuk? | | | |
| Inne używki ( jakie ? ) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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? |  |  |  |

**Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie**

**z prawdą.**

..................................................................................

Podpis osoby badanej, jeżeli jest pełnoletnia

lub podpis rodzica (opiekuna prawnego), jeżeli osoba badana jest

niepełnoletnia

………………………………………………

podpis i pieczątka lekarza

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów