

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)? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?			

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

niepełnoletni

.....

podpis i pieczętka lekarza

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