

WYWIAD CHOROBOWY

uczeń

studenta, ucznia, kandydata do szkoły ponadpodstawowej
Wypełnia rodzic lub opiekun osoby badanej w przypadku osoby niepełnoletniej

Imię i nazwisko :

Pesel

Skargi badanego(ej):

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu/narządu głosu			
Choroby narządu wzroku / okulary			
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 rodzinny | alergii, astma , cukrzyca , choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory
Choroby najbliższej rodziny

Inne problemy zdrowotne |

Palenie tytoniu: **NIE** / **TAK** ile szt./dziennie? ile lat pali?

Inne używki (jakie ?) | **TAK** | **NIE** |

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

Tak | **Nie** | **Opis - uwagi**

Czy badany(a) miał(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Kiedy?

Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?

Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?

Wzrost: cm | Waga: kg

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

.....
podpis -rodzica lub opiekuna osoby badanej
w przypadku osoby niepełnoletniej