**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****Choroby najbliższej rodziny** | alergia, astma , cukrzyca , choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory |
| **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? Jakie? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**