**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**