

BADANIE PODMIOTOWE

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 ile sztuk? / NIE
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)? Jaki (-e)? 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

.....
podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

PODPIS UCZNIĄ I DODZICA

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