

Wywiad lekarski jest istotnym elementem badania. Proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza, celem uzupełnienia dokumentacji medycznej.

Imię i nazwisko pacjenta _____

Data urodzenia: ____ / ____ / _____ r. Klub sportowy: _____

Dyscyplina: _____

Obciążenie treningowe: (ile razy w tygodniu, od kiedy, jak długo?):

1. Ile razy w tygodniu? _____

2. Od kiedy? _____

3. Jak długo? _____

WYWIAD DOTYCZĄCY DZIECKA:

Pobyt szpitalny: kiedy / powód _____

TAK NIE

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeśli tak to jakiej

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, jeśli tak to jakiej

TAK NIE

Choroby zakaźne: _____

TAK NIE

Choroby uszu:

1. Zapalenie: TAK NIE

2. Implanty: TAK NIE

3. Szumy: TAK NIE

Czy dziecko ma wadę wzroku, jeśli tak to jaką? _____

TAK NIE

Czy dziecko jest alergikiem, ma uczulenia, jeśli tak to jakie, na co? _____

TAK NIE

Czy u dziecka wystąpiła w życiu:

1. Duszność? TAK NIE

2. Uczucie kołotania, szybkiego bicia serca? TAK NIE

3. Zawroty głowy? TAK NIE

4. Utrata przytomności, omdlenia? TAK NIE

5. Przepuklina? TAK NIE

6. Drgawki, padaczka? TAK NIE

7. Złamania, zwichnięcia? TAK NIE

Czy dziecko na stałe otrzymuje jakieś leki?

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie? _____