

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

kandydat- uczeń

Imię i nazwisko :

Pesel

Adres zamieszkania:

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? Jakiej?					
Wzrost: cm	Waga: kg				

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

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