

## 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**      alergia, astma , cukrzyca , choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory  
Choroby najbliższej rodziny

**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