

**WYWIAD CHOROBOWY****UCZNIĄ**

studenta, ucznia, kandydata do szkoły ponadpodstawowej  
 W przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia rodzic lub opiekun osoby badanej

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Zgłaszane skargi i dolegliwości .....

|                                      | 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         |     |     |      |

|   |  |
|---|--|
| <b>Wywiad rodzinny</b><br>Choroby najbliższej rodziny | alergia, astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory |
|---|--|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Inne problemy zdrowotne</b> |  |
|--------------------------------|--|

|   |                     |
|---|---------------------|
| Palenie tytoniu: <b>NIE</b> / <b>TAK</b> ile szt./dziennie? ..... | ile lat pali? ..... |
|---|---------------------|

|                      |            |            |  |
|----------------------|------------|------------|--|
| Inne używki (jakie?) | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |  |
|----------------------|------------|------------|--|

|                                 |              |       |              |              |       |
|---------------------------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|
| 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 osoby badanej