

DOKUMENTACJA LEKARSKA – MEDYCYNA SPORTOWA

Rodzaj badania: Wstępne

Pieczętka zakładu

1. Dane identyfikacyjne osoby badanej

Imię i Nazwisko		Data urodzenia			-			-		
PESEL										
Adres zamieszkania										
Zawód										
Dyscyplina sportowa										
Klub sportowy										
Skierowanie od lekarza rodzinnego (Data)										

dzień - miesiąc - rok

Płeć	
M/K	

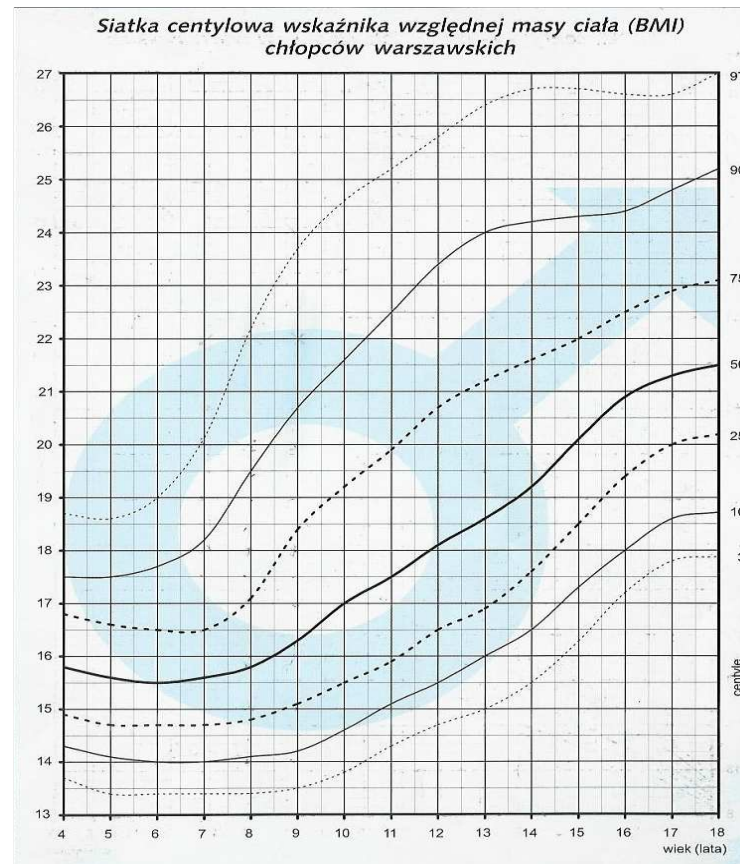
		dzień	-	m-c	-	rok
Data założenia karty			-		-	
Data badania			-		-	
Data następnego badania			-		-	

Badanie antropometryczne:

Waga		
Wzrost		
Obwody klp	wdech	wydech
Poziom tłuszczu (%)		
Poziom wody (%)		
Wskaźnik BMI	wartość	zgodność z normą
		T / N

	dzień	-	m-c	-	rok
DATA BADANIA					
DATA NAST. BADANIA					

WYKONAŁ:



Badanie ortopedyczne:

- | | |
|------------------------|-----|
| 1. Budowa ciała | T/N |
| 2. Głowa | T/N |
| 3. Szyja | T/N |
| 4. Barki i łopatki | T/N |
| 5. Kończyny górne | T/N |
| 6. Plecy i kręgosłup | T/N |
| 7. Klatka piersiowa | T/N |
| 8. Miednica i stawy | T/N |
| 9. Stawy biodrowe | T/N |
| 10. Stawy kolanowe | T/N |
| 11. Stawy skokowe | T/N |
| 12. Stopa | T/N |
| 13. Inne | T/N |
| 14. Zabiegi operacyjne | T/N |

Opis nieprawidłowości / Uwagi

Wniosek _____ Lekarz badający _____

Data badania:

Data następnego badania:

Badanie ogólne:	Opis nieprawidłowości / Uwagi	
1. Stan ogólny T/N 2. Stan odżywienia T/N 3. Temperatura ciała T/N 4. Skóra T/N 5. Tkanka podskórna T/N 6. Węzły chłonne T/N 7. Płuca T/N 8. Serce T/N 9. Brzuch T/N 10. Tętnice obwodowe T/N 11. Żyły T/N	Wniosek _____ Lekarz badający _____ Data badania: _____ Data następnego badania: _____	
Badanie laryngologiczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	EKG spoczynkowe RR <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tętno spoczynkowe Data badania: _____ Data następnego badania: _____
Data badania: _____ Data następnego badania: _____		
Badanie okulistyczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Data badania: _____ Data następnego badania: _____		
Badanie neurologiczne + EEG	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Data badania: _____ Data następnego badania: _____		
RTG kręgosłupa /szyjny, L-S/	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Badanie morfologiczne krwi <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Poziom cukru we krwi <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Analiza moczu Data badania: _____ Data następnego badania: _____
Data badania: _____ Data następnego badania: _____		
Przegląd stomatologiczny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<u>87654321</u> <u>12345678</u> <u>87654321</u> <u>12345678</u> Data badania: _____ Data następnego badania: _____		

BADANIE WYSIŁKOWE