

DOKUMENTACJA LEKARSKA – MEDYCYNA SPORTOWA

Rodzaj badania: okresowe po 12 miesiącach

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)										

Płeć	
M/K	

dzień - miesiąc - rok

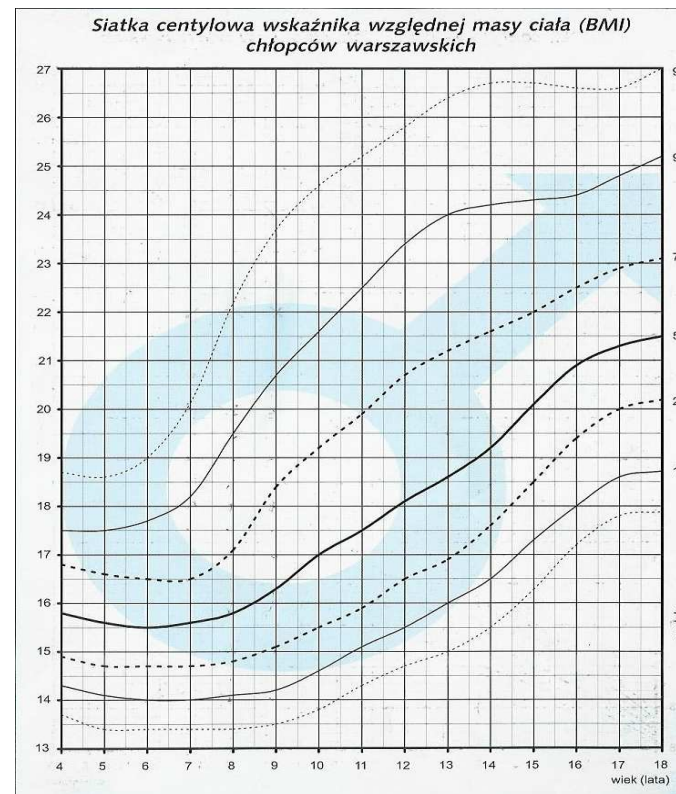
	dzień	-	m-c	-	rok
Data założenia karty		-		-	
Data badania		-		-	
Data następnego badania		-		-	

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 ogólne:

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. Tętno obwodowe	T/N
11. Żyły	T/N

Opis nieprawidłowości / Uwagi

Orzeczenie końcowe: **zdolny / czasowo niezdolny / niezdolny**

Podpis i pieczęć lekarza orzekającego

Badanie ortopedyczne:		Opis nieprawidłowości / Uwagi	
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	Wniosek _____	Lekarz badający _____
12. Stopa	T/N		
13. Inne	T/N	Data badania:	Data następnego badania:
14. Zabiegi operacyjne	T/N		

EKG spoczynkowe
RR
Tętno spoczynkowe

Tak	Nie
------------	------------

Data badania:

Data następnego badania:

Badanie morfologiczne krwi
Poziom cukru we krwi
Analiza moczu

Tak	Nie
------------	------------

Data badania:

Data następnego badania:

Orzeczenie końcowe: zdolny / czasowo niezdolny / niezdolny

Pieczętka i podpis lekarza orzekającego:

Próba wysiłkowa: