

Kwalifikacyjne badania lekarskie



Imię i Nazwisko:

Data: PESEL:

Odpowiadając wpisujemy TAK/NIE

Historia medyczna

.....Świeże zabiegi chirurgiczne	Cukrzyca	Obstrukcyjne i
.....Choroby układu krążenia	Zawroty głowy	restrykcyjne choroby płuc
.....Nadciśnienie tętnicze	Choroby błędnika	
.....Przebyty udar mózgu	Neuropatia czuciowa	

Ograniczenia fizyczne

.....Zwyrodnieniowe choroby stawów	Zwyrodnieniowe choroby stawów	Endoprotezy stawowe
.....Zwiększona sztywność stawów	Zwiększona sztywność stawów	Deformacja stóp

Czynniki ryzyka

.....Choroba wieńcowa w rodzinie	Brak aktywności fizycznej	Zaburzenia widzenia
.....Palenie papierosów	Otyłość	

Przyjmowane leki

.....TAK	NIE
----------	----------

Podane wyżej informacje przeznaczone są do użytku lekarza i są objęte tajemnicą lekarską.

Udzieliłem/am odpowiedzi zgodnie ze stanem faktycznym co potwierdzam..... własnoręcznym podpisem:

Podpis

Wyniki aktualne

Ciśnienie tętnicze

EKG:

Inne:

Ocena końcowa:

zakwalifikowany/niezakwalifikowany

do udziału w "Programie zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim"

.....

Lekarz (podpis, pieczęć)

Zgoda na badanie ze strony kandydatów

Niniejszym wyrażam zgodę na uczestnictwo w *Programie Zapobiegania Upadkom dla Seniorów w Województwie Kujawsko-Pomorskim*, w tym na badania kwalifikacyjne, ocenę sprawności fizycznej, testy psychologiczne oraz zajęcia treningowe.

.....
podpis

Niniejszym oświadczam, że zapoznano mnie z wszelkimi kwestiami dotyczącymi badania, w tym udzielono mi wszelkich wyjaśnień i odpowiedzi na zadane pytania.

.....
podpis