

Kwalifikacyjne badania lekarskie



Imię i Nazwisko:

Data: PESEL:

Odpowiadając wpisujemy TAK/NIE

Historia medyczna

.....Świeże zabiegi chirurgiczne

.....Choroby układu krążenia

.....Nadciśnienie tętnicze

.....Przebyty udar mózgu

.....Cukrzyca

.....Zawroty głowy

.....Choroby błędnika

.....Neuropatia czuciowa

.....Obstrukcyjne i

restrykcyjne choroby płuc

Ograniczenia fizyczne

.....Zwyrodnieniowe choroby stawów

.....Zwiększona sztywność stawów

.....Zwyrodnieniowe choroby stawów

.....Zwiększona sztywność stawów

.....Endoprotezy stawowe

.....Deformacja stóp

Czynniki ryzyka

.....Choroba wieńcowa w rodzinie

.....Palenie papierosów

.....Brak aktywności fizycznej

.....Otyłość

.....Zaburzenia widzenia

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