

Kwalifikacyjne badania lekarskie



Imię i Nazwisko:

PESEL: Data badania:

Miejscowość:

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

.....Endoprotezy stawowe

.....Zwiększona sztywność stawów

.....Deformacja stóp

Czynniki ryzyka

.....Choroba wieńcowa w rodzinie

.....Brak aktywności fizycznej

.....Zaburzenia widzenia

.....Palenie tytoniu

.....Otyłość

Przyjmowane leki

.....TAK(jakie)

.....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:

zakwalifikowana/niezakwalifikowana

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 ze wszystkimi kwestiami dotyczącymi badania, w tym udzielono mi wszelkich wyjaśnień i odpowiedzi na zadane pytania.

.....

Podpis