

## Ankieta medyczna dla uczniów/studentów:

Wszystkie informacje podlegają tajemnicy lekarskiej.

Imię/nazwisko .....

Data urodzenia .....

|                                            | TAK | NIE | Opis-uwagi |
|--------------------------------------------|-----|-----|------------|
| Omdlenia (częste w ostatnich 6 miesiącach) |     |     |            |
| Padaczka                                   |     |     |            |
| Cukrzyca                                   |     |     |            |
| Choroby psychiczne/neurologiczne           |     |     |            |
| Anemia                                     |     |     |            |
| Zaburzenia rytmu serca                     |     |     |            |
| Astma                                      |     |     |            |
| Alergia                                    |     |     |            |
| Ubytek słuchu                              |     |     |            |
| Czy nosi Pan/Pani okulary/soczewki?        |     |     |            |
| Czy przyjmuje Pan/Pani leki ?              |     |     |            |
| Czy przebył Pan/Pani zabiegi operacyjne?   |     |     |            |
| Inne choroby?                              |     |     |            |

.....

(data i podpis badanego)

(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna)