

**ANKIETA BADANIA LEKARSKIEGO
KANDYDATA NA RATOWNIKA WOPR
(Kwalifikacja do uczestnictwa w kursie)**

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

PESEL:

1. Czy występują wady wrodzone : serca, nerek, układu kostno stawowego – nie* / tak –
jakie.....
.....
2. Czy chorowałeś/aś na zapalenia : serca, nerek, wątroby – nie* / tak
jakie.....
.....
3. Czy miałeś/aś urazy: złamania, urazy ścięgien, wstrząśnienia mózgu –nie* / tak- jakie:
.....
.....
4. Czy chorujesz na astmę, POCHP – nie*/ tak
5. Czy chorujesz na padaczkę – nie* / tak
6. Czy chorujesz na inne choroby neurologiczne – nie* / tak – jakie
.....
7. Czy chorujesz na cukrzycę – nie*/ tak
8. Czy chorujesz na inne schorzenia endokrynologiczne – w tym tarczycy – nie */ tak –
jakie:
.....
9. Czy chorujesz na schorzenia oczu – nie */ tak - jakie
.....
10. Czy masz stwierdzony tętniak naczyń w tym aorty – nie*/ tak
11. Czy chorujesz na schorzenia kardiologiczne : nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową,
kardiomiopatię – nie */ tak –jakie:.....
.....
12. Czy chorujesz na schorzenia nerek – nie* / tak - jakie.....
.....
13. Czy chorujesz na schorzenia ortopedyczne, wady postawy ,zmiany zwyrodnieniowe – nie
/ tak* – jakie.....
.....
14. Czy obecnie występują jakieś dolegliwości – duszności, kaszel, osłabienie , kołatanie
serca, bóle w klatce piersiowej, znaczna utrata wagi, stany podgorączkowe, inne objawy
– podać jakie:.....
.....

Oświadczam, że zrozumiałem/lam treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyczerpująco i prawdziwie. Wyrażam zgodę na wykonanie badań niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Data i podpis:

(w przypadku osób niepełnoletnich, także podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* zakreślić właściwą odpowiedź (np.: nie)/tak)