



**PRIME MEDICAL**  
Centrum Medyczne

## WYWIAD LEKARSKI PRZED WIZYTĄ U LEKARZA MEDYCYNY SPORTOWEJ

**Imię i nazwisko:**

**Wiek:**

Zaznacz X przy właściwej odpowiedzi:

	TAK	NIE
Czy aktualnie na coś chorujesz lub cierpisz na chorobę przewlekłą? Jeśli tak - napisz na jaką.		
Czy byłeś kiedykolwiek operowany? Jeśli tak - napisz z jakiego powodu.		
Czy zażywasz jakiegokolwiek leki? Jeśli tak – napisz jakie.		
Czy stosujesz suplementy diety zwiększające wydolność? Jeśli tak – napisz jakie.		
Czy doznałeś poważniejszego urazu od ostatniego badania kontrolnego? Jeśli tak – napisz jakiego.		
Czy cierpisz na alergię? Jeśli tak – napisz na co.		
Czy występują u Ciebie bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, wysokie ciśnienie krwi?		
Czy kiedykolwiek straciłeś przytomność?		
Czy występują u Ciebie silne bóle głowy, zawroty, omdlenia?		
Czy występują u Ciebie trudności w oddychaniu, przewlekły kaszel?		
Czy w ciągu ostatniego miesiąca przeszedłeś poważną infekcję? Jeśli tak – napisz jaką.		
Czy kiedykolwiek lekarz zabronił Ci uprawiania sportu? Jeśli tak – napisz z jakiego powodu i na jaki okres.		
Czy w rodzinie występują choroby serca, astma, cukrzyca, nagła śmierć?		
Inne ważne informacje/dolegliwości		

Niniejszym zaświadczam, że odpowiedzi udzieliłem zgodnie z prawdą i wyczerpująco.

**Podpis sportowca lub opiekuna:**

**Data:**

**PRIME MEDICAL Sp. z o.o.** ul. Śliczna 7/1, 50-566 Wrocław, tel. 570 440 401, NIP 8992895351.

Spółka jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000890184, o kapitale zakładowym wynoszącym 30.000,00 zł.

 **570 440 408**

 **www.primemedical.pl**