

Imię i Nazwisko:

Data: PESEL:

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 |Zwyrodnieniowe choroby stawów |Endoprotezy stawowe |
|Zwiększona sztywność stawów |Zwiększona sztywność stawów |Deformacja stóp |

Czynniki ryzyka

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
|Choroba wieńcowa w rodzinie |Brak aktywności fizycznej |Zaburzenia widzenia |
|Palenie papierosów |Otyłość | |

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

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