

## Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

Imię:	Nazwisko:
PESEL:	adres zamieszkania:
telefon:	adres e-mail:

Waga: .....

Wzrost: .....

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę

Lp.	Treść pytania	TAK	NIE
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności?		
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? .....		
3.	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza:		
3.1.	Wysokie ciśnienie krwi		
3.2.	Choroby serca (wady serca, zapalenie mięśnia sercowego)		
3.3.	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa , nieregularne bicie serca, zawał serca		
3.4.	Choroby wymagające operacji serca		
3.5.	Zaburzenia oddychania np. astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli		
3.6.	Zaburzenia funkcji nerek		
3.7.	Cukrzyca		
3.8.	Urazy głowy, urazy kręgosłupa		
3.9.	Drgawki, padaczka, w tym padaczka wieku dziecięcego		
3.10.	Omdlenia		
3.11.	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu		
3.12.	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi		
3.13.	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją		
3.14.	Choroby szyi, pleców lub kończyn		
3.15.	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem		
3.16.	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)		
3.17.	Ubytek słuchu lub głuchota, używanie aparatów słuchowych		
3.18.	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe		
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać .....		
6.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?.....		
7.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole*)		
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu		
	Raz w miesiącu		
	Dwa do czterech razy w miesiącu		
	Cztery i więcej razy w tygodniu		
8.	Czy Pan/Pani pali papierosy? Proszę o podanie ilości.....		

**Pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu karnego, oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.**

Podpis osoby pełnoletniej składającej oświadczenie lub rodzica/opiekuna prawnego osoby poniżej 18 rż	Data:
--	-------