**BADANIE PODMIOTOWE**

**(OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA UCZNIA W WYBRANYM ZAWODZIE na potrzeby MEDYCYNY PRACY)**

Wypełnia rodzic ucznia niepełnoletniego albo uczeń pełnoletni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia:** |  | |
| **PESEL ucznia:** |  | |
| **Data urodzenia ucznia:** |  | |
| **Adres ucznia:** |  | |
| **Płeć:** | **K**obieta | **M**ężczyzna |
| **Imię i nazwisko rodzica:** |  | |
| **Numer telefonu kontaktowego  do rodzica:** |  | |
| **Nazwa i adres wybranej szkoły:** | **Zespół Szkół im. Wincentego Witosa w Suchej Beskidzkiej** | |
| **Wybrany kierunek nauki:** |  | |

**Osobista ocena stanu zdrowia ucznia – proszę zaznaczyć:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bardzo dobre** | **Dobre** | **Słabe** |  | **Wzrost ucznia** | **Waga ucznia** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **Jeśli TAK, to jakie?** |
| **Czy uczeń przebył zabiegi operacyjne?** |  |  |  |
| **Czy uczeń jest objęty opieką poradni specjalistycznej?** |  |  |  |
| **Czy uczeń przyjmuje leki?** |  |  |  |
| **Czy uczeń na coś obecnie choruje?** |  |  |  |
| **Czy uczeń posiada stopień niepełnosprawności?** |  |  |  |

**Informacje o stanie zdrowia ucznia – proszę zaznaczyć przebyte choroby**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **Opis** |
| **Urazy czaszki** |  |  |  |
| **Urazy układu ruchu** |  |  |  |
| **Omdlenia** |  |  |  |
| **Padaczka** |  |  |  |
| **Inne choroby układu nerwowego** |  |  |  |
| **Choroby psychiczne** |  |  |  |
| **Cukrzyca** |  |  |  |
| **Choroby narządu słuchu/głosu** |  |  |  |
| **Choroby narządu wzroku** |  |  |  |
| **Choroby układu krwiotwórczego** |  |  |  |
| **Choroby układu krążenia** |  |  |  |
| **Choroby układu oddechowego** |  |  |  |
| **Choroby układu pokarmowego** |  |  |  |
| **Choroby układu moczowo-płciowego** |  |  |  |
| **Choroby układu ruchu** |  |  |  |
| **Choroby skóry/uczulenia** |  |  |  |
| **Choroby zakaźne/pasożytnicze** |  |  |  |
| **Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)** |  |  |  |
| **Wywiad rodzinny (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory)** |  |  |  |
| **Inne problemy zdrowotne?** |  |  |  |

**Oświadczam, że zrozumiałem/am treść zadawanych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z prawdą.**

................................................................................... ...........................................................................................................

Data i podpis rodzica lub ucznia pełnoletniego Podpis i pieczątka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe