

Załącznik 2

Na podstawie: W.Gawroński, Z.Szyguła „Przykładowe wzory dokumentacji lekarskiej w zakresie medycyny sportowej”, W: Jegier A., Nazar K., Dziak A. (red.) Medycyna Sportowa, PTMS 2005, s. 753-759

Uprzejmie proszę o opinię specjalistyczną niezbędną do orzeczenia w zakresie medycyny sportowej

Data:

Imię i Nazwisko:

ur.

KONSULTACJA LARYNGOLOGICZNA

NOS	<input type="checkbox"/> drożny	<input type="checkbox"/> niedrożny	<input type="checkbox"/> bez wydzieliny	<input type="checkbox"/> wydzielina
PRZEGRODA NOSOWA			<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa
GARDŁO I MIGDAŁKI PODNIEBNE			<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe
BŁONA BĘBENKOWA			<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa
NARZĄD RÓWNOWAGI			<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> nieprawidłowy
SŁUCH			<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> osłabienie słuchu

Rozpoznanie:

.....

Podpis i pieczętka

Uprzejmie proszę o opinię specjalistyczną niezbędną do orzeczenia w zakresie medycyny sportowej

Data:

Imię i Nazwisko:

ur.

KONSULTACJA OKULISTYCZNA

WZROK	przed korekcją	L. <input type="checkbox"/>	po korekcji	L. <input type="checkbox"/>
		P. <input type="checkbox"/>		P. <input type="checkbox"/>
OSTROŚĆ	L.	<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa	
	P.	<input type="checkbox"/> prawidłowa	<input type="checkbox"/> nieprawidłowa	
POLE WIDZENIA	L.	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe	
	P.	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe	
DNO OKA	L.	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe	
	P.	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe	
ROZRÓŻNIANIE KOLORÓW		<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe	

.....

Podpis i pieczętka



Uprzejmie proszę o opinię specjalistyczną niezbędną do orzeczenia w zakresie medycyny sportowej

Data:

Imię i Nazwisko:

ur.

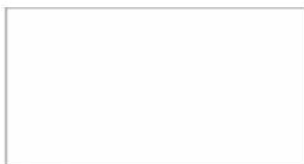
KONSULTACJA NEUROLOGICZNA

PRÓBA ROMBERGA	<input type="checkbox"/> ujemna	<input type="checkbox"/> dodatnia
OBJAW BABIŃSKIEGO	<input type="checkbox"/> ujemny	<input type="checkbox"/> dodatni
OŚRODKOWY UKŁAD NERWOWY	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> nieprawidłowy
OBWODOWY UKŁAD NERWOWY	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> nieprawidłowy
EEG	<input type="checkbox"/> prawidłowe	<input type="checkbox"/> nieprawidłowe
INNE		

Uwagi:

Rozpoznanie:

Podpis i pieczęćka



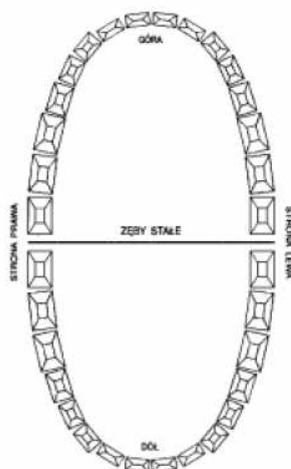
Uprzejmie proszę o opinię specjalistyczną niezbędną do orzeczenia w zakresie medycyny sportowej

Data:

Imię i Nazwisko:

ur.

KONSULTACJA STOMATOLOGICZNA



- C – próchnica zęba
- N – ząb martwy
- M – ząb mleczny
- F – złamanie korony zęba
- E – ubytek niepróchniczego pochodzenia
- X – stan zapalny, kliniczne objawy

Klasa Angle'a

Stan przyzębia i słuzówki

Higiena jamy ustnej

Wskazania i uwagi:

Podpis i pieczęćka

Data:

Imię i Nazwisko:

wzrost:

masa ciała:

PRÓBA WYSIŁKOWA

Wskaźniki																		
wyjściowe		podczas rozgrzewki			podczas wysiłku										po wysiłku			
		1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'	11'	12'	13'	1'	2'	3'
Obciążenie (W)																		
BP (mmHg)																		
HR (sk·min ⁻¹)																		
Objawy kliniczne																		
EKG wysiłkowe																		
Reakcja tensyjna																		
Wydolność fizyczna						V̇O ₂ max (l·min ⁻¹):						V̇O ₂ max (ml·kg ⁻¹ ·min ⁻¹):						

KOMENTARZ:

Podpis i pieczęć

Pieczęć zakładu

....., dnia 20..... r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

Data urodz. Nazwa i nr dowodu tożsamości ¹⁾

zamieszkały(a)

Rozpoznanie ²⁾

Cel wydania zaświadczenia

U w a g a

¹⁾ Wpisać tylko w przypadkach uzasadnionych

²⁾ W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest to konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

Podpis i pieczęć lekarza

Mz/L-1