

KARTA ZDROWIA

Imię i nazwisko :
Adres :
Telefon kontaktowy :
Data urodzenia :
Zawód :
Wzrost :
Ciężar :
- początkowy
- docelowy
Ciężar do zrzucenia :
Umiejętność :
- pływania
- jazdy na rowerze

Czy cierpisz na jakąś z niżej wymienionych dolegliwości :

- niedociśnienie, nadciśnienie
- choroby serca
- choroby naczyń (np. żylaki)
- niedowłady
- nerwobóle
- choroby żołądka
- zaburzenia przemiany materii
- zaburzenia hormonalne
- cukrzyca
- choroby nerek

Czy przyjmujesz leki (jakie ?)

- codziennie
- doraźnie

Czy miewasz duszności

Czy masz alergię

Czy masz jakieś inne kłopoty zdrowotne?

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

Podpis Klienta

Data

Po przyjeździe na miejsce każdy zostanie poddany wstępnej kontroli medycznej, wypełniony dokument wraz z załączoną kartą będzie bazą danych na temat stanu zdrowia podczas pobytu . Ostatecznie lekarz podejmie decyzje o uczestnictwie w niektórych zajęciach, jeżeli twoje schorzenia na to nie pozwolą.