



**DANE PERSONALNE**

**Data urodzenia** .....

**Adres zamieszkania** .....

.....

**Telefon** .....

**Najbliższy krewny** .....

**Imię i nazwisko krewnego** .....

**Adres** .....

**Telefon** .....

**Przebyte choroby**

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Odniesione kontuzje</b>		
<b>Głowy</b>		
<b>Wstrząśnienie mózgu (ile razy)</b>		
<b>Twarzy</b>		
<b>Szyi</b>		
<b>Kręgosłupa</b>		
<b>Klatki piersiowej</b>		
<b>Jamy brzusznej</b>		
<b>Kończyn</b>		
<b>Przebyte operacje chirurgiczne</b>		
<b>Cukrzyca</b>		
<b>Epilepsja</b>		
<b>Omdlenia</b>		
<b>Astma</b>		
<b>Choroby serca</b>		
<b>Choroby płuc</b>		
<b>Inne (w tym choroby nerek)</b>		
<b>Informacje dodatkowe</b>		
<b>Wzrok w normie</b>		
<b>Żrenice w normie</b>		
<b>Szklą kontaktowe</b>		
<b>Słuch w normie</b>		
<b>Alergie</b>		
<b>Leki</b>		
<b>Czy przyjmujesz sterydy</b>		
<b>Czy kiedykolwiek byłeś leczony kortyzonem</b>		
<b>Grupa krwi</b>		
<b>Data ostatniego szczepienia przeciw tężcowi</b>		