



KARTA ZGŁOSZENIA

NA KONSULTACJĘ LEKARSKĄ

W związku z wejściem w życie RODO, tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że przetwarzamy dane osobowe PACJENTA. W celu zapoznania się ze szczegółową informacją, stanowiącą wypełnienie obowiązku określonego w art. 13 i 14 RODO, prosimy wejść na stronę: <http://www.kardiosport.pl/>

DANE PACJENTA/SPORTOWCA

Imię i nazwisko													
Data urodzenia		PESEL											
Adres zamieszkania													
Telefon kontaktowy													
Uprawiany sport									Od kiedy?				
Klub sportowy													

POWÓD KONSULTACJI

Główne dolegliwości, nieprawidłowe wyniki badań itp.

WYWIAD CHOROBY

Przebyte poważniejsze **choroby** (np. infekcyjne) i **urazy** (w tym złamania, urazy głowy)

Rozpoznane **wady wrodzone** (w tym stwierdzony brak jakiegos narządu, np. nerki), choroby **przewlekłe** (np. astma, alergia) i aktualnie **stosowane leki**:

Czy u **Pacjenta/Sportowa** kiedykolwiek w trakcie wysiłku fizycznego wystąpiły*:

Jeśli tak, to kiedy i w jakich okolicznościach?

Utrata przytomności (omdlenie)	NIE/TAK	
Silny ból lub silny ucisk w klatce piersiowej	NIE/TAK	
Uczucie nadmiernej szybkiej lub niemiarowej pracy serca	NIE/TAK	
Silne trudności w oddychaniu	NIE/TAK	

* właściwą odpowiedź **zaznaczyć kółkiem**

WYWIAD RODZINNY

Czy w **najbliższej rodzinie** Pacjenta/Sportowca (**rodzice, rodzeństwo** sportowca) występują/wystąpiły:

Jeśli tak, to u kogo?

Nagła śmierć o nieznannej przyczynie przed 50. rokiem życia	NIE/TAK	
Nawracające omdlenia lub utraty przytomności	NIE/TAK	
Choroby serca (zawał, choroba niedokrwienna, nadciśnienie tętnicze)	NIE/TAK	
Udar mózgu	NIE/TAK	
Inne choroby przewlekłe (w tym cukrzyca, astma oskrzelowa)	NIE/TAK	

* właściwe **zaznaczyć kółkiem**

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji medycznej drogą elektroniczną

.....
imię i nazwisko

DANE DO FAKTURY

Imię i nazwisko/nazwa firmy	
Adres	
NIP (w przypadku firmy)	

Konto w INTELIGO: 50 1020 5558 1111 1259 7490 0033

Tytuł przelewu: Konsultacja lekarska – imię i nazwisko Pacjenta