KARTA SPORTOWO-LEKARSKA

(Nazwisko i imię)

(Adres)

(Data i miejsce urodzenia) (Stan cywilny — liczba dzieci)

(Wykształcenie) (Zawód)

(Nazwa i adres zakładu pracy — nauczania)

(Nazwa organizacji sportowej)

Uprawia zasadniczo			Uprawia sporty uzupełniające
	Trenuje od lat		
	Bierze udział w zawodach od lat		
	Zdobył tyt. klasa		
Najlepsze wyniki i daty uzyskania			

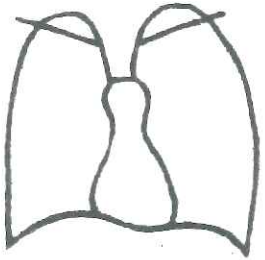
Przebył choroby, operacje, urazy (kiedy)

Nie pali (od ..... lat ..... szt. papierosów dziennie).
Nie pije alkohol(u) (wino, wódka, likiery, piwo) systematycznie, okolicznościowo.

Data							
Badania antropometryczne	Wzrost						
	Waga						
	Obwód klatki piersiowej	wdech					
		wydech					
		różnica					
	Spirometria						
	Bezdech dowolny						
	Dynamometria	ręka prawa					
		ręka lewa					
Próba czynnościowa	Pomiary wykonane w pozycji		T	RR	T	RR	T	RR
	siedzącej						
	leżącej						
	stojącej						
	1`						
	2`						
	3`						
	siedzącej						
	po 20 przysiadach						
	1`						
	2`						
	3`						
	4`						
	5`						

Badania radiologiczne klatki piersiowej

I



Data, podpis, pieczątka lekarza

II

Data, podpis, pieczątka lekarza

III

Data, podpis, pieczątka lekarza

Orzeczenie końcowe

Data, podpis, pieczątka	Data, podpis, pieczątka	Data, podpis, pieczątka

Mz/Sp-2 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Data	Tryb życia, trening dolegliwości	Rozwój fizyczny odżywienie	Skóra, węzły chłonne	Jama ustna	Układ krążenia	Układ oddychania	Układ nerwowy	Inne narządy	Ocena i podpis lekarza
				8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8					
				8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8					
				8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8					

Głowa i szyja Kończ. górne Barki Łopatki Plecy Kręgosłup Kl. piersiowa Brzuch St. biodrowe St. kolanowe Stopy Postawa Wrota przepukl. Jama brzuszna			
Ocena Data i podpis			

Inne badania:

Zachorowania i urazy