

إستمارة الفحص الطبي
للمُتقدمين بطلب المشاركة في دورة المُدرِّين الدولية
في كُلية العلوم الرياضية لجامعة لايبزيغ

المعلومات سرية!

الرياضة المُختارة / التخصُّص :

معلومات ذاتية عن المُتقدم بالطلب

اللقب :

الاسم :

أنثى

ذكر

تاريخ الولادة :

الوزن :

طول القامة :

الذاكرة

١ - العيوب الولادية :

٢ - الأمراض السابقة أو الحالية / المعاناة منها (نوع المعاناة ، وتاريخها) :

أ - القلب وجهاز الدوران :

ب - الأمراض الرئوية / السَّل :

ج - الأمراض المعدية الأخرى :

(الملاريا ، الزُّحار ، التيفوس ، إلتهاب السَّحايا ، التيفوس الطفحية ، اليرقان ، التراكوما ،

الحُمى الصفراء ، شلل الأطفال ، الأمراض الجنسية وغير ذلك)

د - الأمراض الأخرى :

ه - الإصابات / الحوادث :

و - العمليّات الجراحية :

٣ - الأوجاع الحالية / تناول الأدوية :

الكشف العُضوي

أ - الجهاز الداعم والجهاز الحركي

العمود الفقري : الأضراس : الكتفان :
الورك : الركبتان :

(ب) - جهاز الدوران

ضغظ الدم : النبض : الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية :

(ج) - الصدر (القلب ، الرئتان)

(د) - البطن جهاز الهضم ، الجهاز البولي التناسلي :

(هـ) - أعضاء الحس (العينان / قدرة الرؤية ، الأذنان ، البشرة)

(و) - الجهاز العصبي (المنعكسات ، النواحي النفسية الملمفة للنظر ، الأمراض العقلية)

(ز) - الأسنان سليمة O تحتاج للمعالجة O

التحاليل الطبية (يُرجى إرفاق نتائج التحاليل)

إختبار جرثوم الأيدز	O إيجابي	O سلبي	O تاريخ إجراء التحليل :
إلتهاب الكبد B	O إيجابي	O سلبي	O تاريخ إجراء التحليل :
إلتهاب الكبد C	O إيجابي	O سلبي	O تاريخ إجراء التحليل :
السفلس	O إيجابي	O سلبي	O تاريخ إجراء التحليل :

القرار الإجمالي

يُعتبر المتقدم للمشاركة في الدروس النظرية والعملية لدورة مُدرين دولية حسب وجهة نظري الطبية :

O مناسباً O غير مناسب

.....
توقيع الطبيب

الخاتم

.....
المكان والتاريخ

للمتقدم بطلب المشاركة

بهذا أقر بأنني أجبتُ على الأسئلة الموجهة من قبل الطبيب بشكلٍ مُتكامِلٍ ومُطابقٍ للحقيقة .

.....
توقيع المتقدم بالطلب

.....
المكان والتاريخ