

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 :

تاريخ الولادة :

ذكر  أنثى

طول القامة :

الوزن :

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 :

هـ ) - الإصابات / الحوادث :

و ) - العمليات الجراحية :

٣ - الأوجاع الحالية / تناول الأدوية :

الكشف العضوي

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	سلي	O	تاريخ إجراء التحليل :
إلتهاب الكبد B	O	إيجابي	O	سلي	O	تاريخ إجراء التحليل :
إلتهاب الكبد C	O	إيجابي	O	سلي	O	تاريخ إجراء التحليل :
السفلس	O	إيجابي	O	سلي	O	تاريخ إجراء التحليل :

القرار الإجمالي

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

مُناسباً O غير مُناسب O

.....  
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