

WYWIAD ANKIETA SPORTOWO-LEKARSKA

Właściwe odpowiedzi należy zakreślić.

Data wypełnienia ____-____-____	Imię i nazwisko		Data urodzenia ____-____-____
Rok rozpoczęcia uprawiania sportu	Ile godzin w tygodniu wysiłku fizycznego (treningi + WF)	Nazwa klubu	Rodzaj dyscypliny sportowej

1. WYWIAD RODZINNY

Czy w rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) zawodnika były/są

Choroba serca (kardiomiopatia), operacja serca lub naczyń, wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca	TAK	NIE	Jaka?
Nagły zgon do 35 r.ż.	TAK	NIE	
Nadciśnienie tętnicze do 35 r.ż.	TAK	NIE	
Cukrzyca	TAK	NIE	
Astma oskrzelowa	TAK	NIE	
Padaczka/drgawki	TAK	NIE	

2. WYWIAD O ZAWODNIKU

Czy u zawodnika były/są lub czy zawodnik miał/ma

Leczony w poradni specjalistycznej	TAK	NIE	Jakiej?
Przewlekłe stosowane leki	TAK	NIE	Jakie? od kiedy?
Czy istnieją ograniczenia co do zajęć WF?	TAK	NIE	Jakie?
Alergia/uczulenia	TAK	NIE	Jaka? na co?
Przewlekła choroba płuc/astma	TAK	NIE	
Napady duszności , trudności w oddychaniu, świszczący oddech , intensywny kaszel	TAK	NIE	
Czy musiałeś stosować inhalator z powodu trudności w oddychaniu?	TAK	NIE	Jaki? Jak często?
Znacząca utrata wagi lub przyrost w ostatnich mies.	TAK	NIE	Ile kg? W ile miesięcy?
Cukrzyca	TAK	NIE	
Drgawki/padaczka	TAK	NIE	
Omdlenia , utrata świadomości, zawroty głowy	TAK	NIE	Kiedy? Ile razy?
Regularne wymioty, szczególnie poranne	TAK	NIE	
Wady/anomalie/inne choroby serca lub naczyń, w tym zapalenie serca, szmery serca	TAK	NIE	Jakie?
Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku	TAK	NIE	Kiedy ostatnio?
Kołatanie /szybkie bicie serca, brak powietrza, omdlenie, zawroty głowy	TAK	NIE	
Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca? (Ekg, Echo, Test wysiłkowy, Holter Ekg?)	TAK	NIE	Jakie?
Czy kiedykolwiek był uraz głowy / wstrząśnienie mózgu ?	TAK	NIE	Kiedy?
Czy chorowałeś/łaś na zapalenie opon mózgowych?	TAK	NIE	Kiedy?
Czy kiedykolwiek korzystałeś/łaś z porady lekarza psychiatry ?	TAK	NIE	
Czy nosisz okulary/soczewki kontaktowe ?	TAK	NIE	
Czy miałeś/łaś kiedykolwiek złamane lub pęknięte kości, skręcenie , zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna?	TAK	NIE	Czego? Kiedy?
Czy zdarzyły się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu, korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul?	TAK	NIE	
Dla Pań: problemy ginekologiczne, zaburzenia miesiączkowania	TAK	NIE	

3. OŚWIADCZENIE: Oświadczam, że zrozumiałe/łam treść postawionych pytań i **odpowiedziałem/łam** na nie **wyczerpująco i prawdziwie** zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.	Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r. ż.
----------------------------------	--