

## Formularz Badania Podmiotowego: Okresowego

Imię ----- Nazwisko ----- Data obecnego badania ----- Telefon-----

Pesel ----- Wiek-----

Ulica----- Miejscowość ----- Kod-----

Dyscyplina sportu ( nazwa i rok rozpoczęcia )-----

**Z a k r e ś l w ł a ś c i w ą o d p o w i e d ź , n p :**

**17. Czy przeszedłeś/aś operacyjny? Jeśli tak to zaznacz: „Tak” i opisz szczegółowo w polu UWAGI na dole arkusza (np. Ad.16 - wyrostek robaczkowy – 2004 r. lub około 10 lat temu)**

1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy/a?

Tak Nie

2. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorowałeś/aś na jakąkolwiek chorobę?

Tak Nie

3. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zacząłeś/zaczęłaś przewlekle chorować (np. na cukrzycę, astmę, inne) ?

Tak Nie

4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy rozpoznano u Ciebie wadę postawy (skoliozę, plecy okrągłe, płaskostopie, itp.)?

Tak Nie

5. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zacząłeś/ zaczęłaś przyjmowanie jakiś leków (na receptę lub bez)?

Tak Nie

6. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zemdlłeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność?

Tak Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej (podczas wysiłku lub w spoczynku)?

Tak Nie

8. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiły u Ciebie krwawienia z nosa?

Tak Nie

9. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki)

Tak Nie

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| wysokie ciśnienie krwi     | szmery w sercu  |
| wysoki poziom cholesterolu | zapalenie serca |

10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter)

Tak Nie

11. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy ktoś w rodzinie zaczął chorować na : serce, cukrzycę, astmę, nadciśnienie tętnicze lub zaczął stale przyjmować leki?

Tak Nie

12. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny przed 35 rokiem życia?

Tak Nie

13. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy ktoś z Twojej rodziny miał wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca?

Tak Nie

14. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś/aś złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolicę)

Tak Nie

|                     |       |             |        |             |
|---------------------|-------|-------------|--------|-------------|
| Plecy – część dolna | Szyja | Łokieć      | Biodro | Łydka/Goleń |
| Plecy – część górna | Bark  | Przedramię  | Udo    | Kostka      |
| Klatka piersiowa    | Ramię | Dłoń/ palce | Kolano | Stopa/Palce |

15. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonano u Ciebie RTG, rezonans magnetyczny (MR), tomografię komputerową (TK), USG lub inne badania specjalistyczne?

Tak Nie

16. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy byłeś/aś przyjęty/a do szpitala?

Tak Nie

17. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszedłeś/ przesłaś jakiś zabieg operacyjny?

Tak Nie

18. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy rozpoznano u Ciebie jesteś uczulenia (alergię) na leki, pyłki, pokarmy czy owady?

Tak Nie

19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu?

Tak Nie

20. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zacząłeś/ zaczęłaś stosować inhalator?

Tak Nie

21. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiły u Ciebie zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?

Tak Nie

22. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpił u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa?

Tak Nie

23. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpił stan zapalny gardła, krtani lub inny problem dotyczący tych narządów?

Tak Nie

24. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś/aś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?

Tak Nie

25. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zdarzyły Ci się bóle i/lub zawroty głowy?

Tak Nie

26. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś/aś uraz głowy lub wstrząs mózgu?

Tak Nie

27. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy chorowałeś/aś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)?

Tak Nie

28. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?

Tak Nie

29. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie

30. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przebyłeś/aś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka?

Tak Nie

31. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy rozpoznano u Ciebie wadę wzroku (nosisz okulary lub soczewki kontaktowe)?

Tak Nie

33. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś?

Tak Nie

33. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś/ powinięłaś omówić z lekarzem?

Tak Nie

**Tylko kobiety (jeśli miesiączkują)**

34. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zaczęłaś miesiączkować? Tak Nie

35. Czy miesiączkujesz regularnie?

Tak Nie

**UWAGI: Jeśli zaznaczyłeś/ aś w którymś pytaniu TAK, to opisz szczegółowo odpowiedź (np. 15. Czy byłeś/aś w ciągu ostatnich 6 miesięcy przyjęty/a do szpitala? TAK : oddział chirurgiczny, zapalenie wyrostka robaczkowego). Dołącz proszę ksero lub oryginały dokumentacji medycznej, jeśli ją posiadasz ( wypisy szpitalne, RTG , itp.)**

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe oraz żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia nie zataiłem/-am

\_\_\_\_\_  
Data i Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

\_\_\_\_\_  
Data i Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej

**Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.**

\_\_\_\_\_  
Data i Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

\_\_\_\_\_  
Data i Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej