

Formularz Badania Podmiotowego: Wstępnego

Imię ----- Nazwisko ----- Data ----- 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 :

16. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg 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 ostatniego miesiąca chorowałeś/aś na jakąkolwiek chorobę?

Tak Nie

3. Czy chorujesz przewlekłe (np. na cukrzycę, astmę, inne) lub jesteś pod opieką poradni specjalistycznej?

Tak Nie

4. Czy masz wadę postawy (skoliozę, plecy okrągłe, płaskostopie, itp.)?

Tak Nie

5. Czy przyjmujesz jakieś leki?

(zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty)

Tak Nie

6. Czy kiedykolwiek zemdlłeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność?

Tak Nie

7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej (podczas wysiłku lub w spoczynku)?

Tak Nie

8. Czy kiedykolwiek występowały u Ciebie krwawienia z nosa?

Tak Nie

9. Czy kiedykolwiek 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 kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter)

Tak Nie

11. Czy ktoś w rodzinie (**rodzeństwo, rodzice**) choruje na : serce, cukrzycę, astmę, nadciśnienie tętnicze lub stale przyjmuje leki?

Tak Nie

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

Tak Nie

13. Czy ktoś z Twojej rodziny miał wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca?

Tak Nie

14. Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwknięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice)

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 wykonywano u Ciebie RTG, rezonans magnetyczny (MR), tomografię komputerową (TK), USG lub inne badania specjalistyczne ?

Tak Nie

16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala?

Tak Nie

17. Czy przeszedłeś/przeszłaś jakiś zabieg operacyjny?

Tak Nie

18. Czy jesteś uczulony/a(masz alergię) na leki, pyłki, pokarmy czy owady?

Tak Nie

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

Tak Nie

20. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator?

Tak Nie

21. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?

Tak Nie

22. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa?

Tak Nie

23. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?

Tak Nie

24. Czy kiedykolwiek miałeś/aś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?

Tak Nie

25. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?

Tak Nie

26. Czy kiedykolwiek miałeś/aś uraz głowy lub wstrząs mózgu?

Tak Nie

27. Czy chorowałeś/aś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)?

Tak Nie

28. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?

Tak Nie

29. Czy kiedykolwiek korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry?

Tak Nie

30. Czy przebyłeś/aś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka?

Tak Nie

31. Czy masz wadę wzroku (nosisz okulary lub soczewki kontaktowe)?

Tak Nie

32. Czy w ciągu ostatniego roku 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. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)

35. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

UWAGI: Jeśli zaznaczyłeś/ aś w którymś pytaniu TAK, to opisz szczegółowo odpowiedź (np. 15. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala? TAK : w 2004 r, 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