

ANKIETA SPORTOWO - LEKARSKA

Imię	Nazwisko	Pesel
Dyscyplina sportowa	Ile godzin w tygodniu trenuje?	Nazwa klubu sportowego

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak **X** w odpowiednią rubrykę.

WYWIAD Czy u zawodnika były/są	Tak	Nie	Opis, jakie zaburzenia, kiedy
Padaczka, drgawki, zaburzenia świadomości, omdlenia, wstrząs mózgu, nokaut, zawroty głowy, inne choroby psychiczne i neurologiczne			
Wada serca, szmery serca, tętniak aorty, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zespół WPW, inne zaburzenia rytmu serca			
Ból, ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, tętno >100/ min w spoczynku			
Astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka uczuleniowa, inne uczulenia/ alergię			
Duszność, długotrwały kaszel, trudności przy oddychaniu, świszczący oddech, sinienie ust			
Cukrzyca, anemia, niedobór żelaza, choroby oczu i uszu			
Urazy, złamania, przewlekłe bóle mięśni, ścięgien, stawów			
Wada postawy, np. skolioza, kifoza. Wady wrodzone, np. brak nerki, palców, kończyny			
Ograniczony udział w zajęciach sportowych			Kiedy, powód
Pobyt w szpitalu			Kiedy, powód
Leczony w poradni specjalistycznej			Jakie, od kiedy
Przewlekłe stosowane leki			Jakie, od kiedy
Inne dolegliwości, choroby, problemy zdrowotne			
Choroby w rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra zawodnika): kardiomiopatia, nagły zgon do 35 rż, zawał serca do 35 rż, nagłe zatrzymanie krążenia do 35 rż., zespół WPW, inne zaburzenia rytmu serca do 35 rż, padaczka.			
Dla dziewczyny/kobiety: problemy ginekologiczne, zaburzenia miesiączkowania			

- 1) Oświadczam, że zrozumiałem/am treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie wyczerpująco i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą.
- 2) Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

.....
Data i podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.

UZUPEŁNIA PIELĘGNIARKA/LEKARZ			Konsultacja neurologiczna	Inne konsultacje/badania
Waga	RR	OP	Morfologia	GLC
Wzrost	AS	OL	Mocz ogólny	EKG
Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym	brak	Skolioza, kifoza, asymetria łopatek, wada postawy, wada kl.p., koślawość stóp		
Dodatkowe zalecenia	brak	Ćw. korekcyjne, pływanie, kontrola w POZ, kontrola badań, konsultacja specjalistyczna		
Ograniczenia	brak	Lekki, umiarkowany wysiłek fizyczny, bez obciążenia ...		
Orzeczenie	Zdolny	Niezdolny		