

ANKIETA SPORTOWO–LEKARSKA Właściwe odpowiedzi należy podkreślić, np. Tak

Data wypełnienia	Imię	Nazwisko		Data urodzenia
Rok rozpoczęcia uprawiania ww sportu	Ile godzin w tygodniu trenuje	Nazwa klubu/ szkoły sportowej		Rodzaj dyscypliny sportowej
1. WYWIAD RODZINNY		Czy w rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra, dzieci) zawodnika były/są		
Choroba serca, 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 porani specjalistycznej		Tak	Nie	Jakiej, powód
Przewlekłe stosowane leki		Tak	Nie	Jakie, od kiedy
Ograniczony udział w zajęciach sportowych		Tak	Nie	Kiedy, powód
Pobyt w szpitalu		Tak	Nie	Kiedy, powód
Wady/anomalie/inne choroby serca lub naczyń, w tym zapalenie serca, szmery serca		Tak	Nie	Jakie
Podwyższone ciśnienie krwi		Tak	Nie	Jakie max.
Cukrzyca		Tak	Nie	
Alergia/uczulenia: skóry, przewodu pokarmowego, inne		Tak	Nie	Jaka i na co
Przewlekła choroba płuc/ astma oskrzelowa		Tak	Nie	
Przewlekły katar lub zatka nos (min. kilka tygodni/ rok)		Tak	Nie	
Częste infekcje (więcej niż 3/ rok)		Tak	Nie	
Częste (więcej niż 3/rok), intensywne bóle głowy		Tak	Nie	
Regularne wymioty , szczególnie poranne		Tak	Nie	
Znacząca utrata wagi lub jej przyrost w ciągu kilku ostatnich miesięcy		Tak	Nie	Ile kg i w ile miesięcy
Napady duszności , trudności w oddychaniu, świszczący oddech , intensywny kaszel		Tak	Nie	
Drgawki		Tak	Nie	
Omdlenia (ograniczenie świadomości), utrata świadomości (osoba nie pamięta, co się wydarzyło), zawroty głowy		Tak	Nie	Kiedy, ile razy
Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku		Tak	Nie	
Kołatanie/szybkie bicie serca (powyżej 110/min szczególnie z objawami: ból w klatce piersiowej, brak powietrza, omdlenie, zawroty głowy		Tak	Nie	
Urazy, złamania, wstrząs mózgu		Tak	Nie	Kiedy, jakie
Zaburzenia psychiczne		Tak	Nie	Jakie
Zaburzenia wzroku		Tak	Nie	Jakie
Stosuje okulary lub soczewki kontaktowe		Tak	Nie	
Zaburzenia słuchu		Tak	Nie	Jakie
Uzależnienia od alkoholu, środków		Tak	Nie	Jakie

odurzających, palenie papierosów			
Inne schorzenia, dolegliwości, problemy do omówienia z lekarzem	Tak	Nie	Jakie
3 TYLKO DZIEWCZYNY/KOBIETY			
Wiek pierwszej miesiączki			
Regularność miesiączek	Tak	Nie	Co ile dni
Problemy ginekologiczne/kobiece	Tak	Nie	Jakie

OŚWIADCZENIE	<ol style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zrozumiałem/am treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie wyczerpująco i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż. Data	Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż. Data
OŚWIADCZENIE	<ol style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia przy obecności trenera lub opiekuna faktycznego Upoważniam trenera lub opiekuna faktycznego do uzyskania informacji o stanie zdrowia zawodnika
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż. Data	Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż. Data

UZUPEŁNIA PIELĘGNIARKA LUB LEKARZ					
POMIARY		Ostrość wzroku		Kolorowe widzenie	
Waga, kg	Centyle	RR	Bez kor.	Z kor.	Prawidłowe
Wzrost, cm	Centyle	Tętno	OP		Nieprawidłowe
BMI	Centyle		OL		
BADANIA		KONSULTACJE, INNE WYNIKI			
Morfologia	Mocz ogólny	Jakie			
OB	ekg	W załączeniu			

UZUPEŁNIA LEKARZ	Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym	brak	Jakie:
	Płuca, serce, brzuch, j. ustna, uszy, postawa	pr	Odchylenia:
	Dodatkowe zalecenia	brak	Jakie:
	Ograniczenia	brak	Jakie:
	Badanie kontrolne	brak	Szczegóły: konsultacje termin
Orzeczenie	Zdolny do	Nie zdolny do	Pieczętka i podpis