Formularz Badania Podmiotowego

Imię _____ **Nazwisko** _____ **Data badania** _____ **Telefon** _____

Pesel | | | | | | | | | | | | **Data urodzenia** _____ **Dyscyplina** _____

Ulica _____ **Miejscowość** _____ **Kod** _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np:

15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to zaznacz: (Tak) Nie

1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? Tak Nie
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? Tak Nie
3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? Tak Nie
4. Czy chorujesz przewlekle lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? Tak Nie
5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) Tak Nie
6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? Tak Nie
7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? Tak Nie
8. 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

9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) Tak Nie
10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekle, stale przyjmuje leki? Tak Nie
11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? Tak Nie
12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek 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

13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez , aparatów korekcyjnych lub kul? Tak Nie
14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? Tak Nie
15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie
16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? Tak Nie
17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Tak Nie
18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? Tak Nie
19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? Tak Nie
20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? Tak Nie
21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? Tak Nie
22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? Tak Nie
23. Czy występuje u ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? Tak Nie
24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? Tak Nie
25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Tak Nie
26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? Tak Nie
27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? Tak Nie
28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie
29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie
30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie
31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie
32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie
33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie
34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie
35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtaczce zakaźnej (WZW)? Tak Nie
36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś powinnaś omówić lekarzem? Tak Nie

Tylko kobiety

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____
38. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak" w pytaniach 2 – 32 wg. przykładu:

Odp. 15 – wyrostek robaczkowy – 2004 r. lub około 10 lat temu.

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.
Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.
Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

_____ Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

_____ Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej