

Wywiad lekarski jest istotnym elementem badania.

**Proszę o wypełnienie poniższej ankiety,
celem uzupełnienia dokumentacji medycznej.**

Imię, nazwisko, data urodzenia sportowca:

1. Czy sportowiec słyszy dobrze? TAK / NIE
Czy ma wadę wzroku? TAK / NIE
Czy ma uciążliwe bóle głowy? TAK / NIE
2. Czy jest chory przewlekle? TAK / NIE Jeżeli tak, to na co?
3. Czy sportowiec otrzymuje na stałe jakieś leki? TAK / NIE Jeśli tak to jakie?
4. Czy sportowiec jest uczulony? TAK / NIE Jeśli tak to na co?
5. Czy chorował/choruje na padaczkę? TAK / NIE
6. Jakie choroby zakaźne przechodził?
7. Czy kiedykolwiek wystąpiła utrata przytomności? TAK / NIE Jeśli tak to w jakich okolicznościach?
8. Czy sportowiec kiedykolwiek przebywał w Szpitalu? TAK / NIE (przedłożyć Kartę Informacyjną ze Szpitala)
9. Czy były wykonywane operacje, jeżeli tak, to jakie i kiedy?
10. Czy wystąpiły urazy głowy, kręgosłupa, złamania? Jeżeli tak, to które części ciała i kiedy?
11. Czy kiedykolwiek wystąpiło omdlenie w czasie wysiłku fizycznego lub po nim? TAK / NIE
12. Czy kiedykolwiek wystąpił dyskomfort, ból lub ucisk w klatce piersiowej podczas wysiłku fizycznego? TAK / NIE
13. Czy w czasie wysiłku pojawiają się zawroty głowy lub brak powietrza większy od tego jakiego można oczekiwać ze zmęczenia? TAK / NIE
14. Czy w czasie wysiłku kiedykolwiek wystąpiło uczucie kołatania serca lub jego nierówna praca? TAK / NIE

15. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił wykonanie EKG lub ECHO serca? TAK / NIE
16. Czy jakiś członek rodziny lub krewny zmarł z powodów problemów z sercem bądź doszło do nagłego lub niewyjaśnionego zgonu przed ukończeniem 50 roku życia (włącznie z utonięciami, wypadkami samochodowymi oraz przypadkami zespołu nagłej śmierci niemowlęcia) TAK / NIE
17. Czy kiedykolwiek w rodzinie wystąpiło niewyjaśnione omdlenie, drgawki lub podtopienie? TAK / NIE
18. Czy ktokolwiek w rodzinie ma problemy z sercem lub wszczepiony stymulator pracy serca? TAK / NIE
19. Czy u kogokolwiek w rodzinie występuje: kardiomiopatia przerostowa, zes. Marfana, arytmogenna kardiomiopatia prawej komory, zes. wydłużonego odstępu QT, zes. skróconego odstępu QT, zes. Brugadów, katecholaminergiczny wielokształtny częstoskurcz komorowy? TAK / NIE
20. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział, że u sportowca występuje :
 - a) choroba serca TAK / NIE
 - b) nadciśnienie tętnicze TAK / NIE
 - c) zwiększony poziom cholesterolu TAK / NIE
 - d) szmer nad sercem TAK / NIE
 - e) zapalenie mięśnia serca TAK / NIE
 - f) niewyjaśniona choroba drgawkowa TAK / NIE
21. Czy w rodzinie ktoś chorował lub choruje na nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę? Kto, na co i od kiedy?
22. Czy sportowiec kiedykolwiek korzystał z usług innej przychodni medycyny sportowej (badania finansowane przez NFZ). TAK / NIE
Jeśli tak to gdzie i kiedy
23. Wyrażam zgodę na na przeprowadzenie badań lekarskich, analitycznych lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

.....
.....
Data i podpis zawodnika powyżej 16 roku życia
lub Rodzica/Opiekuna

Nr telefonu kontaktowego: