

**Formularz badania podmiotowego**

Data .....

Imię ..... Nazwisko ..... Data ur.....

PESEL ..... Dyscyplina ..... Tel. ....

Adres .....

**Zakreśl właściwą odpowiedź: Czy od wypełnienia poprzedniego formularza nastąpiły zmiany stanu zdrowia?****TAK/NIE.****Jeśli tak, wypełnij cały formularz. Jeśli nie, odpowiedz na 3 pierwsze pytania.**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy?   | Tak | Nie |
| 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś/aś na jakąkolwiek chorobę?  | Tak | Nie |
| 3. Czy przyjmujesz obecnie jakieś leki? (na receptę lub dostępne bez recepty)   | Tak | Nie |
| 4. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych?  | Tak | Nie |
| 5. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. astmę, cukrzycę)  | Tak | Nie |
| 6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub straciłeś/aś przytomność?  | Tak | Nie |
| 7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej, nierówne bicie serca?  | Tak | Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz (zakreśl):<br>a) szmery w sercu    b) wysokie ciśnienie krwi    c) zapalenie serca    d) wysoki poziom cholesterolu               |     |     |
| 9. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonywane (zakreśl): a) echo serca    b) Holter    c) próbę wysiłkową  |     |     |
| 10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem, choruje przewlekłe lub przyjmuje stale leki?  | Tak | Nie |
| 11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle na serce lub z nieznaney przyczyny przed 50 rokiem życia?  | Tak | Nie |
| 12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek (zakreśl)?<br>a) złamanie/pęknięcie kości    b) zwichnięcie/skręcenie stawu    c) zerwanie ścięgna/ mięśnia/ więzadła                                |     |     |
| 13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji/ usztywnienia/ stabilizatora?  | Tak | Nie |
| 14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania (zakreśl):<br>a) RTG    b) USG    c) tomografii komputerowej    d) rezonansu magnetycznego                               |     |     |
| 15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod opieką lekarza specjalisty? Wpisz jakiego .....   | Tak | Nie |
| 16. Czy miałeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Wpisz rok .....  | Tak | Nie |
| 17. Czy jesteś uczulony/a na pyłki, pokarmy, leki?  | Tak | Nie |
| 18. Czy podczas lub po treningu kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudność w oddychaniu?   | Tak | Nie |
| 19. Czy masz lub miałeś/aś: przewlekłe zapalenie uszu, drenaż uszu, uraz ucha, przewlekłe zatkanie nosa, upośledzenie słuchu, przewlekły katar, przewlekłe zapalenie gardła, astmę? | Tak | Nie |
| 20. Czy masz jakąś wadę wrodzoną/ brak jakiegoś narządu?  | Tak | Nie |
| 21. Czy kiedykolwiek miałeś/aś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?  | Tak | Nie |
| 22. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?   | Tak | Nie |
| 23. Czy chorowałeś/aś na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu?  | Tak | Nie |
| 24. Czy kiedykolwiek miałeś/aś uraz głowy lub wstrząs mózgu?  | Tak | Nie |
| 25. Czy kiedykolwiek miałeś/aś uraz oka?  | Tak | Nie |
| 26. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe?   | Tak | Nie |
| 27. Czy kiedykolwiek korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry?  | Tak | Nie |
| 28. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś lub straciłeś/aś na wadze?   | Tak | Nie |
| 29. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/ powinieneś omówić z lekarzem?  | Tak | Nie |

**Tylko kobiety:**

- |   |                  |
|---|------------------|
| 30. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? | Wpisz wiek ..... |
| 31. Czy miesiączkujesz regularnie?            | Tak    Nie       |

**Stwierdzam niniejszym, że na powyższe pytania odpowiedziałem/am wyczerpująco i zgodnie z prawdą, według mojej najlepszej wiedzy. Wyrażam zgodę na badania, które są 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 dziecka