**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 przewlekle 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):

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 przewlekle lub przyjmuje stale leki? Tak Nie

11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle na serce lub z nieznanej przyczyny przed 50 rokiem życia? Tak Nie

12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek (zakreśl)?

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):

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