FORMULARZ SPORTOWEGO BADANIA PODMIOTOWEGO

Nazwisko ………………………………………………………… Imię ………………………………………… Data …………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel/mail: ……………………………………… |

Dyscyplina sportowa ……………………………………………………….. od roku …………… liczba godz/tydz ………

Nazwa klubu sportowego/ szkoły ……………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| WYWIAD O ZAWODNIKU – czy kiedykolwiek stwierdzano któreś z poniższych (zaznacz obwódką) | |
| Opieka w poradni specjalistycznej = NIE TAK | |
| Leki stosowane przewlekle = NIE TAK | |
| Choroby przewlekłe = NIE TAK | |
| Uczestnictwo w zajęciach WF = TAK - BEZ OGRANICZEŃ NIE  Zwolnienie z uprawiania sportu = NIE TAK | |
| Szmery nad sercem, zapalenie mięśnia sercowego, anomalie, wady Podwyższone ciśnienie krwi = NIE TAK | |
| Cukrzyca lub podwyższenie stężenia glukozy we krwi = NIE TAK | |
| Przewlekła choroba płuc / Astma = NIE TAK | |
| Napady duszności, świszczący oddech = NIE TAK | |
| Stosowanie inhalatora = NIE TAK | |
| Bóle i zawroty głowy = NIE TAK | |
| Uraz głowy lub wstrząśnienie mózgu = NIE TAK | |
| Omdlenia, utrata przytomności = NIE TAK | |
| Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych Drgawki, Padaczka = NIE TAK | |
| Bóle w klatce piersiowej Szybkie, ewentualnie nierówne bicie serca = NIE TAK | |
| Czy kiedykolwiek lekarz zlecił dodatkowe badania serca: EKG-Holter, ECHO serca inne? = NIE TAK | |
| Wrodzony lub nabyty brak narządu: nerka, oko, jądro lub inne = NIE TAK | |
| Okulary lub soczewki kontaktowe = NIE TAK Jaka wada wzroku  Choroby lub urazy oka = NIE TAK | |
| Anemia lub niedobór żelaza = NIE TAK | |
| Uraz: złamania, skręcenia, zwichnięcia, zerwania mięśni lub ścięgien = NIE  TAK jakie | |
| Opieka psychiatryczna = NIE TAK | |
| Pobyty w szpitalu = NIE TAK | |
| Operacje = NIE TAK | |
| Alergie/Uczulenia = NIE TAK | |
| CZY AKTUALNIE CZUJESZ SIĘ ZDROWY? TAK NIE Choroby w ciągu ost mies NIE TAK | |
| TYLKO DZIEWCZYNKI / KOBIETY: Pierwsza miesiączka rż, Miesiączka regularna = TAK NIE  Leczenie ginekologiczne = NIE TAK | |
| WYWIAD RODZINNY – Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra, dziadkowie, dzieci) były lub są ? | |
| Nagły zgon przed 50 rż = NIE TAK | |
| Choroby serca, operacje serca i dużych naczyń, wszczepiony stymulator lub defibrylator = NIE TAK | |
| Padaczka, drgawki = NIE TAK Inne choroby przewlekłe NIE TAK | |
| OŚWIADCZENIE: Oświadczam, że zrozumiano treść postawionych pytań oraz odpowiedziano wyczerpująco i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą. | |
| Podpis zawodnika powyżej 16 rż. | Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby do 18 rż. |

ANTROPOMETRIA:

Wzrost …………….. cm …………… c Masa ciała ……..… kg ………………c RR …………./……… HR ….……/min

Ostrość wzroku: OP …………………… sc / cc OL …………………… sc / cc