

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 przewlekłe = NIE TAK	
Choroby przewlekłe = NIE TAK	
Uczestnictwo w zajęciach WF = TAK - BEZ OGRANICZEŃ NIE	
Zwolnienie z uprawiania sportu = NIE TAK	
Szmerzy 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 kgc RR/..... HR/min

Ostrość wzroku: OP sc / cc

OL sc / cc