

Formularz Badania Podmiotowego

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel

Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Mięscowosc _____ Kod _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np:

15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to zaznacz: Tak Nie

- | | | | | | |
|--|-------|------------|---|-------------|-----|
| 1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? | Tak | Nie | 15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? | Tak | Nie |
| 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? | Tak | Nie | 16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? | Tak | Nie |
| 3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? | Tak | Nie | 17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? | Tak | Nie |
| 4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? | Tak | Nie | 18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? | Tak | Nie |
| 5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) | Tak | Nie | 19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? | Tak | Nie |
| 6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? | Tak | Nie | 20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? | Tak | Nie |
| 7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? | Tak | Nie | 21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? | Tak | Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) | Tak | Nie | 22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? | Tak | Nie |
| wysokie ciśnienie krwi | | | 23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? | Tak | Nie |
| wysoki poziom cholesterolu | | | 24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? | Tak | Nie |
| szmery w sercu | | | 25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? | Tak | Nie |
| zapalenie serca | | | 26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? | Tak | Nie |
| 9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) | Tak | Nie | 27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? | Tak | Nie |
| 10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? | Tak | Nie | 28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? | Tak | Nie |
| 11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? | Tak | Nie | 29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? | Tak | Nie |
| 12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice) | Tak | Nie | 30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? | Tak | Nie |
| Plecy – część dolna | Szyja | Łokiec | Biodro | Łydka/Goleń | |
| Plecy – część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka | |
| Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce | |

13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? Tak Nie
14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? Tak Nie

Tylko kobiety

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____
38. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach 2 – 32 wg. przykładu:

Odp. 15 – wyrostek robaczkowy – 2004 r. lub około 10 lat temu.

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest 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 osoby niepełnoletniej