**FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO**

Data badania:

Imię: Nazwisko: Telefon kontaktowy:

Pesel: Data urodzenia: Dyscyplina sportu:

Adres zamieszkania: \_ \_ - \_ \_ \_

  *(kod) (miejscowość) (ulica, nr domu i mieszkania)*

**Zakreśl właściwą odpowiedź:**

1. Czy aktualnie czujesz się/ jesteś zdrowy? Tak Nie

2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? Tak Nie

3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział

 w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? Tak Nie

4. Czy chorujesz przewlekle lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę inne)? Tak Nie

5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (na receptę jak również dostępne bez recepty) Tak Nie

6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia

 lub straciłeś/aś przytomność? Tak Nie 7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? Tak Nie 8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz:

* + wysokie ciśnienie Tak Nie
	+ wysoki poziom cholesterolu Tak Nie
	+ szmery w sercu Tak Nie
	+ zapalenie serca Tak Nie

9. Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca?

 (np. EKG, Echo, Test wysiłkowy, Holter) Tak Nie

10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekle, stale przyjmuje leki? Tak Nie

11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50lat? 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 okolicę) Tak Nie *Plecy-część dolna Szyja Łokieć 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 kuli? 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

15. Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie

16. Czy byłeś/łaś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu? Tak Nie

17. Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny? Tak Nie

18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? Tak Nie

19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? Tak Nie

20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? Tak Nie

21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? Tak Nie

22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? Tak Nie

23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? Tak Nie

24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani

 lub inne problemy dotyczące tych narządów? Tak Nie

25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub

 innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Tak Nie

26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? Tak Nie

27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? Tak Nie

28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie

29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie

30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie

31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie

32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie

33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie

34. Czy w wciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie

35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtaczce zakaźnej (WZW)? *Szczepienie to jest*

 *w obowiązkowym kalendarzu szczepień.* Tak Nie

35. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub

 powinieneś /powinnaś omówić z lekarzem? Tak Nie

**Kolejne pytania dotyczą tylko kobiet**

36. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)

37. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

**Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach od 2 do 34:**

….....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą.

Wyrażam zgodę na badania, którego wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej