

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 przewlekłe 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 przewlekłe,
stałe 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 okolice) | Tak | Nie | | |
| <i>Plecy-część dolna</i> | <i>Szyja</i> | <i>Łokieć</i> | <i>Biodro</i> | <i>Łydka/Goleń</i> |
| <i>Plecy-część górna</i> | <i>Bark</i> | <i>Przedramię</i> | <i>Udo</i> | <i>Kostka</i> |
| <i>Klatka piersiowa</i> | <i>Ramię</i> | <i>Dłoń/Palce</i> | <i>Kolano</i> | <i>Stopa/Palce</i> |
| 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 | | |

