

Formularz Badania Podmiotowego*

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel _____ Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Miejscowość _____ 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 przewlekle 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 przewlekle zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? | Tak | Nie |

wysokie ciśnienie krwi	szmery w sercu
wysoki poziom cholesterolu	zapalenie serca

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) | Tak | Nie | 25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? | Tak | Nie |
| 10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekle, stale przyjmuje leki? | Tak | Nie | 26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? | Tak | Nie |
| 11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? | Tak | Nie | 27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? | 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 | 28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? | Tak | Nie |
- | | | | | |
|---------------------|-------|------------|--------|-------------|
| Plecy – część dolna | Szyja | Lokiec | Biodro | Łydka/Goleń |
| Plecy – część górną | Bark | Przedramię | Udo | Kostka |
| Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce |
- | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? | Tak | Nie | 35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? | Tak | Nie |
| 32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? | Tak | Nie | 36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś powinnas omówić lekarzem? | Tak | Nie |
| 33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? | Tak | Nie | | | |
| 34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? | Tak | Nie | | | |

Tylko kobiety

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------------------------------------------------|---------|
| 13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? | Tak | Nie | 37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) | _____ |
| 14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? | Tak | Nie | 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