

Data wypełnienia:	Imię i nazwisko zawodnika:	PESEL:
Dyscyplina sportowa:	Ilość treningów tygodniowo:	Klub sportowy / Szkoła:

WYWIAD ZDROWOTNY ZAWODNIKA

Leczenie w poradni specjalistycznej	Nie	Tak	
Przyjmowane leki (przewlekłe / stałe)	Nie	Tak	
Przebyte urazy	Nie	Tak	
Przebyte leczenie operacyjne	Nie	Tak	
Przebyta infekcja w ciągu ostatniego miesiąca	Nie	Tak	
Częste infekcje (więcej niż 3 razy w roku)	Nie	Tak	
Cukrzyca	Nie	Tak	
Bóle grzbietu	Nie	Tak	
Bóle kończyn górnych i/lub dolnych	Nie	Tak	
Zaburzenie widzenia (noszenie okularów lub soczewek kontaktowych)	Nie	Tak	
Alergie, uczulenia: skóry, przewodu pokarmowego, inne	Nie	Tak	
Choroby płuc (astma oskrzelowa, napady duszności, trudności w oddychaniu, świszczący oddech, intensywny kaszel)	Nie	Tak	
Uczucie kołatania serca / szybkie bicie serca (powyżej 110 uderzeń na minutę)	Nie	Tak	
Wady, anomalie, inne choroby serca i naczyń krwionośnych, takie jak zapalenie serca, szmery sercowe, wszczepiony rozrusznik serca	Nie	Tak	
Podwyższone ciśnienie krwi	Nie	Tak	
Zaburzenia psychiczne / choroby psychiczne	Nie	Tak	
Inne problemy, schorzenia, dolegliwości, które są do omówienia z lekarzem	Nie	Tak	
Palenie papierosów	Nie	Tak	
Uzależnienie od alkoholu, środków odurzających lub leków psychotropowych	Nie	Tak	

Pierwsza miesiączka (w jakim wieku?)			
Regularność miesiączek	Nie	Tak	

WYWIAD RODZINNY	CZY W RODZINIE ZAWODNIKA ZDARZAŁY SIĘ:		
Nagły zgon przed 40 r.ż.	Nie	Tak	
Nadciśnienie tętnicze przed 40 r.ż.	Nie	Tak	
Padaczka / drgawki	Nie	Tak	
Astma oskrzelowa	Nie	Tak	
Cukrzyca	Nie	Tak	
Choroba serca, zespół Marfana, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatia, wszczepiony defibrylator lub rozrusznik serca	Nie	Tak	

POMIARY (WYPEŁNIA LEKARZ LUB PIEŁĘGNIARKA)	
Waga (kg)	
Wzrost (cm)	
Ciśnienie tętnicze krwi	
Ostrość wzroku / widzenie barw	

OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że zrozumiałem/am treść zadanych pytań i odpowiedziałem/am na nie w pełni i zgodnie z prawdą, według mojej najlepszej wiedzy.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań zawodnika, które są niezbędne do właściwej oceny stanu zdrowia.

.....
Data i podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej do 18 roku życia

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań zawodnika, które są niezbędne do właściwej oceny stanu zdrowia, w obecności trenera lub opiekuna faktycznego.
- Upoważniam trenera lub opiekuna faktycznego do uzyskania informacji o stanie zdrowia zawodnika.

.....
Data i podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej do 18 roku życia