

Imię	Nazwisko	Pesel
Dyscyplina sportowa	Ile godzin w tygodniu trenuje?	Nazwa klubu sportowego
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)		

Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem „√”

WYWIAD	Tak	Nie	Opis, jakie zaburzenia, kiedy
Czy u zawodnika były/są			
Padaczka, drgawki, zaburzenia świadomości, omdlenia, wstrząs mózgu, nokaut, zawroty głowy, inne choroby psychiczne i neurologiczne			
Wada serca, szmery serca, tętniak aorty, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zespół WPW, inne zaburzenia rytmu serca			
Ból, ucisk w klatce piersiowej, kołatanie serca, tętno >100/ min w spoczynku			
Astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka uczuleniowa, inne uczulenia/ alergie			
Duszność, długotrwały kaszel, trudności przy oddychaniu, świszczący oddech, sinienie ust			
Cukrzyca, anemia, niedobór żelaza, choroby oczu i uszu			
Urazy, złamania, przewlekłe bóle mięśni, ścięgien, stawów			
Wada postawy, np. skolioza, kifoza. Wady wrodzone, np. brak nerki, palców, kończyny			
Ograniczony udział w zajęciach sportowych			Kiedy, powód
Pobyt w szpitalu			Kiedy, powód
Leczony w porani specjalistycznej			Jakiej, powód
Przewlekłe stosowane leki			Jakie, od kiedy
Inne dolegliwości, choroby, problemy zdrowotne			
Choroby w rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra zawodnika): kardiomiopatia, nagły zgon do 35 r.ż., zawał serca do 35 r.ż., nagłe zatrzymanie krążenia do 35 r.ż., zespół WPW, inne zaburzenia rytmu serca do 35 r.ż., padaczka.			
Dla dziewczyny/kobiety: problemy ginekologiczne, zaburzenia miesiączkowania			

- Oświadczam, że zrozumiałem/am treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie wyczerpująco i zgodnie z prawdą.
- Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

.....
Data i podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.

UZUPEŁNIA PIELĘGNIARKA/LEKARZ					EKG
Waga	RR	OP	Konsultacja neurologiczna	Inne konsultacje/badania	RZ-miarowy, niemiarowy
Wzrost	AS	OL	Morfologia, mocznik ogólny	GLC	AS
Og. badanie lekarskie i ocena stanu uzębienia	Bez istotnych odchyień, nadwaga/otyłość, patologiczny szmer nad sercem, próchnica, aparat ortodontyczny				Normogram, lewogram, prawogram
Badanie ortopedyczne	Bez istotnych odchyień, wada postawy, wada kl.p., skolioza, kifoza, asymetria łopatek., koślawość stóp, płaskostopie, wady wrodzone układu ruchu				Bez zaburzeń rytmu i przewodzenia
Dodatkowe zalecenia	brak		Kontrola w POZ, kontrola badań, ćw. korekcyjne/rehabilitacja, konsultacja kardiologiczna		Odstęp QTC w granicach normy
Ograniczenia	brak √		Lekki, umiarkowany wysiłek fizyczny, bez obciążenia ...		Cechy przerostu lewej komory
Orzeczenie	Zdolny √		Niezdolny		