

## FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
 PESEL □□□□□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ Data urodzenia  
 Ulica \_\_\_\_\_ Mięscowość \_\_\_\_\_

Data badania: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Dyscyplina \_\_\_\_\_  
 Kod \_\_\_\_\_

### Zakreśl właściwą odpowiedź

- |                            |  |     |     |                       |  |     |     |
|----------------------------|--|-----|-----|-----------------------|--|-----|-----|
| 1.                         | Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy  | Tak | Nie | 15.                   | Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?   | Tak | Nie |
| 2.                         | Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę?   | Tak | Nie | 16.                   | Czy byłeś/łaś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu?   | Tak | Nie |
| 3.                         | Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu?  | Tak | Nie | 17.                   | Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny?   | Tak | Nie |
| 4.                         | Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzyce, astmę inne)?  | Tak | Nie | 18.                   | Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady?  | Tak | Nie |
| 5.                         | Czy przyjmujesz jakieś leki? (na receptę jak również 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 odpowied-nie przypadki)  | Tak | Nie | 22.                   | Czy występują, (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?                  | Tak | Nie |
| wysokie ciśnienie w sercu  |  |     |     | 23.                   | Czy występuje u Ciebie przewlekły niezbyt nosa, upośledzenie drożności nosa?                                       | Tak | Nie |
| wysoki poziom cholesterolu |  |     |     | 24.                   | Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?                        | Tak | Nie |
| szmery z zapalenie serca   |  |     |     | 25.                   | Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Tobie nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie. funkcjonalnie)? | Tak | Nie |
| 9.                         | Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca? (np. EKG, Echo, Test wysiłkowy, Holter)  | Tak | Nie | 26.                   | Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?  | Tak | Nie |
| 10.                        | Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki?   | Tak | Nie | 27.                   | Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?  | Tak | Nie |
| 11.                        | Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat?   | Tak | Nie | 28.                   | Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu?  | 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 | 29.                   | Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)?  | Tak | Nie |
| Plecy-część dolna          |  |     |     | 30.                   | Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?  | Tak | Nie |
| Plecy-część górna          |  |     |     | 31.                   | Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry?  | Tak | Nie |
| Klatka piersiowa           |  |     |     | 32.                   | Czy przebyłeś jakokolwiek chorobę lub uraz oka?  | Tak | Nie |
| 13.                        | Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kuli?          | Tak | Nie | 33.                   | Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe?  | 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 | 34.                   | Czy w wciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/oś?                                      | Tak | Nie |
| Szyja                      |  |     |     | 35.                   | Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)?   | Tak | Nie |
| Łokieć                     |  |     |     | 36.                   | Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałaś lub powinieś /powinnaś omówić z lekarzem?                       | Tak | Nie |
| Biodro                     |  |     |     | <b>Tylko kobiety:</b> |  |     |     |
| Łydka/Goleń                |  |     |     | 37.                   | W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)   |     |     |
| Kostka                     |  |     |     | 38.                   | Czy miesiączkujesz regularnie?   | Tak | Nie |
| Dłóń/Palce                 |  |     |     |                       |  |     |     |
| Kolano                     |  |     |     |                       |  |     |     |
| Stopa/Palce                |  |     |     |                       |  |     |     |

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

.....  
 Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

.....  
 Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej