



### Formularz Badania Podmiotowego

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_ 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 przewlekłe 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 jakies 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 świszający 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 przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?                | Tak         | Nie |
| wysokie ciśnienie krwi   |       |            | 23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa?                                     | Tak         | Nie |
| szmery w sercu   |       |            | 24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?                     | Tak         | Nie |
| wysoki poziom cholesterolu   |       |            | 25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? | Tak         | Nie |
| zapalenie serca  |       |            | 26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?   | Tak         | Nie |
| 9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter)  | Tak   | Nie        | 27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?   | Tak         | Nie |
| 10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki?   | Tak   | Nie        | 28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu?   | Tak         | Nie |
| 11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat?   | Tak   | Nie        | 29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)?   | 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 okolicę) | Tak   | Nie        | 30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?   | Tak         | Nie |
| Plecy – część dolna  | Szyja | Łokieć     | Biodro  | Łydka/Goleń |     |
| Plecy – część górna  | Bark  | Przedramię | Udo   | Kostka      |     |
| Klatka piersiowa   | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano  | Stopa/Palce |     |
| 13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul?          | Tak   | Nie        | 31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry?   | 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        | 32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka?   | 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 |
|  |       |            | 35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)?  | Tak         | Nie |
|  |       |            | 36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieśś powinnaś omówić lekarzem?                    | Tak         | Nie |

Tylko kobiety

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) \_\_\_\_\_  
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