

WSTĘPNE BADANIE SPORTOWO - LEKARSKIE

.....
imię i nazwisko sportowca

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

W związku z wejściem w życie RODO, tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że przetwarzamy dane osobowe Sportowca. W celu zapoznania się ze szczegółową informacją, stanowiącą wypełnienie obowiązku określonego w art. 13 i 14 RODO, prosimy wejść na stronę: <http://www.kardiosport.pl/>

Dyscyplina sportowa	Jak długo trenuje	Ile razy i ile godzin w tygodniu
 lat/..... miesięcy	
 lat/..... miesięcy	

Dolegliwości związane z wysiłkiem fizycznym (treningiem sportowym)

Omdlenia/utrata przytomności/ ból w klatce piersiowej/ trudności w oddychaniu niewspółmierne do wysiłku itp.	Nie / Tak *	
--	-------------	--

*jeśli TAK – to jakie dolegliwości, kiedy i w jakich okolicznościach

WYWIAD CHOROBY I RODZINNY

1. Pobyty w szpitalu (w tym zabiegi operacyjne), przebyte poważniejsze choroby (np. zakaźne) i doznane poważniejsze obrażenia (w tym złamania, urazy głowy):

rok		przyczyna	

2. Rozpoznane wady wrodzone (w tym stwierdzony brak jakiegoś narządu, np. nerki, jądra), choroby przewlekłe (np. astma, alergia) i stosowane leki:

choroba		leki	
---------	--	------	--

Wada wzroku	Nie / Tak*	Jeśli tak, to jaka?	
		Oko lewe	Oko prawe
Wada słuchu	Nie / Tak*	Ucho lewe	Ucho prawe

* właściwe zaznaczyć kółkiem

3. Czy w rodzinie sportowca (rodzice i rodzeństwo sportowca) występują/występowały:

Nagła śmierć przed 50. rokiem życia, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca, astma oskrzelowa	Nie / Tak *	Jeśli tak, to jakie i u kogo?
---	-------------	-------------------------------

* właściwe zaznaczyć kółkiem

Oświadczam, że wszystkie podane w kwestionariuszu informacje są zgodne z prawdą i żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia nie zatailem/-am.

.....
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

.....
Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych osoby niepełnoletniej

WYWIAD SPORTOWO-MEDYCZNY

Aktualnie zgłaszane dolegliwości, w tym w trakcie wysiłku

NIE/TAK - (jakie i w jakich okolicznościach)

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost	cm	Masa ciała	kg	RR	mmHg	HR	/min
--------	----	------------	----	----	------	----	------

Odchylenia od normy

stan ogólny stan odżywienia skóra, węzły chłonne	
gałki oczne gardło migdałki podniebienne uzębienie	
klatka piersiowa płuca i serce brzuch	
postawa ciała	barki – protrakcja NIE/TAK poziom barków P L trójkąty talii P L łopatki odstające NIE/TAK - +1; +2 kąty łopatek P L kończyny dolne L P
inne	

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH/KONSULTACJI

Data.....20.....

OB	Glukoza	L	E	Hb	PLT	Rozmaz białokrwinkowy	Badanie ogólne moczu
						Norma – TAK/NIE	Norma – TAK/NIE

EKG

data.....20.....

HR	/min.	PQ	s	QT	s.	QTc	s.
Cechy przerostu jam serca NIE/TAK		Zaburzenie repolaryzacji NIE/TAK					
Graniczne QTc (450 ms): 60-450; 64-440; 66-430; 70-420; 72-410; 76-400; 80-390; 84-380; 88-370; 94-360; 98-350; 104-340; 110-330; 118-320							

Orzeczenie:

Zdolny/a do uprawiania sportu do r.

.....
pieczętka i podpis

BADANIA I KONSULTACJE NA NASTĘPNE BADANIE SPORTOWO-LEKARSKIE

OB, morfologia, glukoza, mocz	Spoczynkowe EKG	Próba wysiłkowa EKG	EEG	NEUROLOG	OKULISTA	LARYNGOLOG	STOMATOLOG	Spirometria	Rtg KREGOSŁUPA	Inne
----------------------------------	--------------------	------------------------	-----	----------	----------	------------	------------	-------------	-------------------	------