

## Formularz Badania Podmiotowego

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
 Pesel \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_ Dyscyplina \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_

### Zakreśl właściwą odpowiedź, np:

15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to zaznacz:  Tak  Nie

- |  |                        |                |                            |                 |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
|--|------------------------|----------------|----------------------------|-----------------|---------------------|-------|--------|--------|-------------|---------------------|------|------------|-----|--------|------------------|-------|------------|--------|-------------|---|
| <p>1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>4. Czy chorujesz przewlekle lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>6. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">wysokie ciśnienie krwi</td> <td style="width: 50%;">sznery w sercu</td> </tr> <tr> <td>wysoki poziom cholesterolu</td> <td>zapalenie serca</td> </tr> </table> <p>9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekle, stale przyjmuje leki? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice) <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Plecy – część dolna</td> <td style="width: 16.6%;">Szyja</td> <td style="width: 16.6%;">Łokieć</td> <td style="width: 16.6%;">Biodro</td> <td style="width: 16.6%;">Łydka/Goleń</td> </tr> <tr> <td>Plecy – część górna</td> <td>Bark</td> <td>Przedramię</td> <td>Udo</td> <td>Kostka</td> </tr> <tr> <td>Klatka piersiowa</td> <td>Ramię</td> <td>Dłoń/Palce</td> <td>Kolano</td> <td>Stopa/Palce</td> </tr> </table> <p>13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> | wysokie ciśnienie krwi | sznery w sercu | wysoki poziom cholesterolu | zapalenie serca | Plecy – część dolna | Szyja | Łokieć | Biodro | Łydka/Goleń | Plecy – część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka | Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce | <p>15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekle zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>23. Czy występuje u Ciebie przewlekle niezły nosa, upośledzenie drożności nosa? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>24. Czy masz przewlekle stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> <p>36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinienes/powinnaś omówić lekarzem? <span style="float: right;">Tak Nie</span></p> |
| wysokie ciśnienie krwi   | sznery w sercu         |                |                            |                 |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
| wysoki poziom cholesterolu   | zapalenie serca        |                |                            |                 |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
| Plecy – część dolna  | Szyja                  | Łokieć         | Biodro                     | Łydka/Goleń     |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
| Plecy – część górna  | Bark                   | Przedramię     | Udo                        | Kostka          |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
| Klatka piersiowa   | Ramię                  | Dłoń/Palce     | Kolano                     | Stopa/Palce     |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |

#### 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