



.....  
imię i nazwisko sportowca

.....  
data urodzenia

Załącznik do protokołu wstępnego badania sportowo-lekarskiego

## Wywiad chorobowy i rodzinny

1. Pobyty w szpitalu (w tym przebyte zabiegi operacyjne):

data (rok)	przyczyna

2. Przebyte poważniejsze choroby (np. infekcyjne) i urazy (złamania, zwichnięcia, urazy głowy):

data (rok)	uraz

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

choroba przewlekła/wada	stosowane leki

<b>Wada wzroku</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> * Jeśli tak, to jaka?	<b>Oko lewe</b>	<b>Oko prawe</b>
<b>Wada słuchu</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> * Jeśli tak, to jaka?		

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

4. Aktualnie stosowane odżywki i suplementy diety


5. Stała opieka **Poradni Specjalistycznych**:

nazwa poradni	z jakiego powodu

6. Czy u sportowca kiedykolwiek w trakcie wysiłku fizycznego wystąpiły:

Utrata przytomności (omdlenie)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to kiedy i w jakich okolicznościach?
Ból lub silny ucisk w klatce piersiowej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	
Kołatanie serca (uczucie niemiernarowej pracy serca)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	
Duszność niewspółmierna do wysiłku	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	
Świszczący oddech	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	

\* właściwie zaznaczyć krzyżykiem

7. Czy w rodzinie sportowca (u krewnych I stopnia – rodzice, rodzeństwo) występują/wystąpiły:

Nagła śmierć o nieznanym przyczynie przed <b>50. rokiem życia</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo?
Nawracające omdlenia/utrata przytomności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo?
Nadciśnienie tętnicze	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo?
Choroby serca	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo i jakie choroby?
Cukrzyca	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo?
Astma oskrzelowa	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> *	Jeśli tak, to u kogo?

\* właściwie zaznaczyć krzyżykiem

### Oświadczenie

Oświadczam, że **nie wystąpiły** u mnie/u mojego dziecka\* **choroby o ciężkim przebiegu** (w tym ciężki uraz głowy, utrata przytomności, ostre zaburzenia psychiczne, drgawki) wymagające **hospitalizacji w trybie pilnym**. Wszystkie podane w kwestionariuszu informacje są **zgodne z prawdą** i żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia **nie zatailem/-am**.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

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