

Data	Imię	Nazwisko	PESEL	
Wiek	Wiek rozpoczęcia treningów	Ilość godzin treningu tygodniowo (wszystkie)	Ilość treningów w tygodniu (wszystkie)	
Waga	Wzrost			
1. WYWIAD O ZAWODNIKU		Czy u zawodnika były/są lub czy zawodnik miał/ma		
Choroby / urazy w ostatnim miesiącu	Tak	Nie	Jakie	
Leczenie w poradni specjalistycznej	Tak	Nie	Jakiej, powód	
Przewlekłe stosowane leki	Tak	Nie	Jakie, od kiedy	
Ograniczony udział w zajęciach sportowych	Tak	Nie	Kiedy, powód	
Pobyt w szpitalu, operacje (karty informacyjne)	Tak	Nie	Kiedy, powód	
Wady/anomalie/inne choroby serca lub naczyń, w tym zapalenie serca, szmery serca, arytmie	Tak	Nie	Jakie	
Podwyższone ciśnienie krwi	Tak	Nie		
Cukrzyca	Tak	Nie		
Alergia/uczulenia: skóry, przewodu pokarmowego, inne	Tak	Nie	Jaka i na co	
Przewlekła choroba płuc/ astma oskrzelowa	Tak	Nie		
Częste infekcje (więcej niż 3/ rok)	Tak	Nie		
Częste (więcej niż 3/rok), intensywne bóle głowy	Tak	Nie		
Regularne wymioty, szczególnie poranne	Tak	Nie		
Znacząca utrata wagi lub jej przyrost w ciągu kilku ostatnich miesięcy	Tak	Nie	Ile kg i w ile miesięcy	
Znaczący przyrost wzrostu w ostatnich miesiącach, roku	Tak	Nie	Ile cm i w ile miesięcy	
Napady duszności, trudności w oddychaniu, świszczący oddech, intensywny kaszel	Tak	Nie		
Drgawki, Padaczka, wstrząśnienie mózgu	Tak	Nie	Kiedy, ile razy	
Omdlenia (ograniczenie świadomości), utrata świadomości (osoba nie pamięta, co się wydarzyło), zawroty głowy	Tak	Nie	Kiedy, ile razy	
Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku	Tak	Nie		
Kołatanie/szybkie bicie serca (powyżej 110/min szczególnie z objawami: ból w klatce piersiowej, omdlenie, zawroty głowy	Tak	Nie		
Urazy: złamania, skręcenia, zwichnięcia	Tak	Nie	Kiedy, jakie	
Bóle pleców, kręgosłupa, wady postawy	Tak	Nie		
Bóle kończyn dolnych, górnych	Tak	Nie		

Zaburzenia psychiczne: lęki, depresja, inne	Tak	Nie	Jakie
Zaburzenia wzroku (okulary lub soczewki kontaktowe)	Tak	Nie	Jakie
Zaburzenia słuchu, choroby uszu	Tak	Nie	Jakie
Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobory żelaza? Czy były leczone?	Tak	Nie	Jakie
Inne schorzenia, dolegliwości, problemy do omówienia z lekarzem	Tak	Nie	Jakie

2. WYWIAD RODZINNY	Czy w rodzinie (ojciec, matka, rodzeństwo, dziadkowie zawodnika) były obecne		
Choroba serca: kardiomiopatia, zespół Marfana, zespół wydłużonego odstępu QT, zespół Brugadów, zaburzenia rytmu serca, wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca	Tak	Nie	Jaka
Nagły zgon sercowy lub zgon o niewyjaśnionej przyczynie przed 50 rokiem życia	Tak	Nie	
Nadciśnienie tętnicze do 35 rokiem życia	Tak	Nie	
Udar mózgu przed 50 rokiem życia	Tak	Nie	
Zaburzenia krzepnięcia, trombofilia, hemofilia, choroba von Willebranta	Tak	Nie	
Cukrzyca	Tak	Nie	
Astma oskrzelowa	Tak	Nie	
Padaczka/drgawki	Tak	Nie	
OŚWIADCZENIE	1) Oświadczam, że zrozumiałem/am treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie wyczerpująco i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą. 2) Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.		
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.	Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.		
Data	Data		
OŚWIADCZENIE	1) Wyrażam zgodę na wykonanie badań zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia przy obecności trenera lub opiekuna faktycznego 2) Upoważniam trenera lub opiekuna faktycznego do uzyskania informacji o stanie zdrowia zawodnika		
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.	Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.		
Data	Data		