

Фамилия, имя: _____ Пол: М Ж Возраст: _____

Персональный код: _____ Место жительства: _____

Телефон: _____ Е-мейл: _____

Сп.школа/клуб: _____ Тренер(ы): _____

Вид(ы) спорта: _____

Трен.нагрузка: _____ раз в неделю, 1х _____ часов. Кол-во соревнований в месяц: _____

Когда и где проводилось последнее обследование у спортивного врача: _____

Лекарственные препараты: укажите, пожалуйста, все лекарственные препараты - рецептурные, находящиеся в свободной продаже и биологически активные добавки, которые Вы принимаете в настоящее время:

Отметьте галочкой верный вариант ответа. Поясните, пожалуйста, утвердительные ответы в строке пояснений.
В случае, если Вы не уверены в ответе, обведите в кружок порядковый номер соответствующего вопроса.

Общие вопросы	Да	Нет
1. Есть ли у Вас проблемы, по поводу которых Вы хотели бы проконсультироваться с врачом?		
2. Накладывал ли когда-либо врач запреты или ограничения на Ваши занятия спортом?		
3. Страдаете ли Вы на данный момент каким-либо хроническим заболеванием (напр., астмой, диабетом, анемией, гепатитом и т.д.)?		
4. Вы страдаете врожденным отсутствием какого-либо органа или подверглись удалению какого-либо органа (почки, глаза, яичка (мужчины) и т.д.)?		
5. Проходили ли Вы когда-либо лечение в больнице?		
6. Подвергались ли Вы каким-либо хирургическим операциям?		
Пояснения:		
Состояние Вашего сердца	Да	Нет
7. Случались ли у Вас когда-нибудь <u>во время</u> или <u>после тренировки</u> обморочные или предобморочные состояния?		
8. Испытывали ли Вы когда-нибудь <u>во время тренировки</u> неприятное чувство, напряжение или боль в груди?		
9. Проявлялись ли у Вас когда-нибудь <u>во время тренировки</u> нарушения сердечного ритма (сердцебиения, пропуски сердечных сокращений и т.д.)?		
10. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас проблемы с сердцем? Если да, уточните, какие: <input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление <input type="checkbox"/> повышенное содержание холестерина <input type="checkbox"/> миокардит <input type="checkbox"/> врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> шумы сердца <input type="checkbox"/> другое: _____		
11. Назначал ли Вам когда-нибудь врач обследование сердца (напр., ЭКГ, эхокардиография)?		
12. Испытываете ли Вы утомление или одышку быстрее/ интенсивнее, чем товарищи по тренировке?		
Пояснения:		
Состояние сердца у членов вашей семьи	Да	Нет
13. Были ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи или родственников в возрасте до 50-ти лет случаи инфаркта миокарда, инсульта мозга, летальные случаи из-за болезней сердца, скоропостижная смерть или реанимация после остановки сердца?		
14. У кого-нибудь из членов Вашей семьи наблюдались врожденные пороки сердца, установлен кардиостимулятор или имплантирован дефибрилятор?		
15. Наблюдались ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи обмороки, судороги или случаи утопления по неясным причинам?		
Пояснения:		

Опорно-двигательный аппарат	Да	Нет
16. Были ли у Вас за последний год травмы костей, мышц, сухожилий и связок, вынудившие Вас пропустить тренировки или соревнования?		
17. Были ли у Вас травматические переломы (трещины) кости, переломы усталости или вывихи суставов?		
18. Из-за травм проходили ли Вы рентгеновское обследование, КТ, МРТ; делались ли Вам инъекции, операции; пользовались ли Вы лангетой, ортезом или костылями?		
19. Пользуетесь ли Вы регулярно ортезами (бандажами, тугими повязками) или другими ортопедическими средствами защиты?		
20. Есть ли у Вас повреждения костей, мышц или суставов, которые Вас беспокоят?		
21. Наблюдается ли у Вас боль, отечность или покраснение какого-либо сустава?		
22. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас воспаление сустава или болезнь соединительной ткани?		
Пояснения:		
Общее состояние здоровья	Да	Нет
23. Появляется ли у Вас <u>во время тренировок</u> кашель, чихание, одышка или затрудненное дыхание?		
24. Вы когда-нибудь пользовались ингалятором или лекарствами против астмы?		
25. Страдает ли кто-нибудь в Вашей семье астмой?		
26. Страдаете ли Вы аллергией на какие-либо лекарства, цветочную пыльцу, определенные продукты питания, насекомых и т.д.?		
27. Наблюдается ли у Вас боль, болезненное образование или грыжа в паховой области?		
28. Болели ли Вы в течении последнего года инфекционным мононуклеозом?		
29. Страдаете ли Вы кожными заболеваниями?		
30. Были ли у Вас травмы головы, вызвавшие помутнение сознания или потерю памяти?		
31. Случались ли у Вас приступы судорог или заболевания, сопровождающиеся судорогами?		
32. Появляется ли у Вас <u>во время тренировки</u> головная боль?		
33. После ударов или падения наблюдалось ли у Вас продолжающееся <u>более 24 часов</u> онемение, слабость конечностей, утрата их подвижности?		
34. Чувствуете ли Вы себя плохо при тренировках в жаркую погоду?		
35. Случаются ли у Вас <u>во время тренировок</u> частые мышечные судороги?		
36. Страдаете ли Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи анемией или другими болезнями крови?		
37. Были ли у Вас когда-нибудь проблемы со зрением или травмы глаз?		
38. Носите вы очки или контактные линзы во время занятий спортом?		
39. Вы довольны своим весом?		
40. Пытаетесь ли Вы или кто-то указал Вам на необходимость сбросить или набрать вес?		
41. Придерживаетесь ли Вы специальной диеты, избегаете определённых продуктов?		
42. Наблюдались ли у Вас нарушения питания?		
Пояснения:		
Только для женщин	Да	Нет
- происходит ли у Вас менструация?		
- менструация происходит ежемесячно?		
- в каком возрасте произошла первая менструация?		

Подтверждаю, что ответил(а) на все вопросы правдиво.

Согласен на оказание мне/ моему ребенку медицинской услуги.

Число: ____/____/____

Подпись спортсмена _____ Имя и подпись родителя/ опекуна _____