

<b>Nimi:</b> _____	<b>Vanus:</b> ____	<b>Isikukood:</b> _____
<b>Kool/spordiklubi:</b> _____	<b>Klass:</b> _____	
<b>Spordiala(d):</b> _____	<b>Treener:</b> _____	
<b>Address:</b> _____	<b>Perearst:</b> _____	
<b>Telefon:</b> _____	<b>Mobiil:</b> _____	<b>E-mail:</b> _____

**Palun tõmmake ring ümber nende küsimuste numbrite, millele te ei oska vastata.**

**Jah Ei**

**Palun selgitage oma „jah“-vastuseid küsimustiku lõpus.**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kas arst on Teile kunagi keelanud või piiranud mingil põhjusel sportimist?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kas põete käesoleval hetkel mingit kroonilist haigust (nt diabeet, astma)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kas võtate mingit retsepti- või käsimüügiravimit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kas Teil esineb ravimi-, dieetolmu- või toiduallergiat või allergiat putukahammustuste vastu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kas olete treeningu ajal kunagi minestanud või olnud minestuse äärel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kas olete peale treeningut kunagi minestanud või olnud minestuse äärel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kas olete treeningu ajal tundnud ebamugavustunnet, valu või pingetunnet rinnus?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kas Teil on esinenud südamekloppimist või on süda treeningu ajal jätnud lööke vahele või on esinenud teisi rütmihäireid?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kas arst on Teile kunagi öelnud, et Teil on  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> kõrge vererõhk   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> kõrge vere kolesteroolitase  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> südamekahin  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> südamelihase põletik e. müokardiit või perikardiit   |                          |                          |
| 10. Kas arst on Teid kunagi suunanud südameuuringutele (nt EKG, ehokardiograafia)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kas Teie perekonnas on keegi kunagi surnud teadmata põhjusel?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Kas kellelgi Teie perekonnas esineb probleeme südamega?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Kas kellelgi Teie pereliikmetest või sugulastest on esinenud südamega seotud surmajuhtumeid enne 50. eluaastat või on esinenud äkksurmajuhtumeid enne 50. eluaastat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kas kellelgi Teie perekonnast on Marfani sündroom?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Kas olete kunagi olnud haiglaravil?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Kas Teil on kunagi olnud operatsioone?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Kas Teil on kunagi olnud vigastusi, nagu nikastusi, lihaste või sidemete rebendeid, kõõluste põletikke, mis on Teid takistanud osalemast treeningul või võistlustel? Kui on, siis märkige allpool olevas tabelis vastav koht: |                          |                          |

Pea	<input type="checkbox"/>	Kael	<input type="checkbox"/>	Õlg	<input type="checkbox"/>	Õlavars	<input type="checkbox"/>	Küünarliiges	<input type="checkbox"/>	Küünarvars	<input type="checkbox"/>	Labakäsi/sõrmed	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>
Ülaselg	<input type="checkbox"/>	Alaselg	<input type="checkbox"/>	Puus	<input type="checkbox"/>	Reis	<input type="checkbox"/>	Põlv	<input type="checkbox"/>	Säär/sääre esikülg	<input type="checkbox"/>	Hüppe-liiges	<input type="checkbox"/>	Labajalg/varbad	<input type="checkbox"/>

18. Kas Teil on kunagi esinenud luumurde või -mõrasid või liigeste nihetusi? Kui on, siis märkige allpool olevas tabelis vastav koht:

Pea	<input type="checkbox"/>	Kael	<input type="checkbox"/>	Õlg	<input type="checkbox"/>	Õlavars	<input type="checkbox"/>	Küünarliiges	<input type="checkbox"/>	Küünarvars	<input type="checkbox"/>	Labakäsi/sõrmed	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>
Ülaselg	<input type="checkbox"/>	Alaselg	<input type="checkbox"/>	Puus	<input type="checkbox"/>	Reis	<input type="checkbox"/>	Põlv	<input type="checkbox"/>	Säär/sääre esikülg	<input type="checkbox"/>	Hüppe-liiges	<input type="checkbox"/>	Labajalg/varbad	<input type="checkbox"/>

19. Kas Teil on kunagi olnud luude või liigeste vigastusi, mille puhul on tehtud röntgenülesvõtteid, magnetresonantsuuringuid, kompuuteruuringuid, operatsioone, süste, taastusravi, füsioteraapiat, Teile on asetatud ortoos (tugiside), lahas (sh kipslahas) või olete pidanud liikuma karkude abil? Kui on, siis märkige allpool olevas tabelis vastav koht:

Pea	<input type="checkbox"/>	Kael	<input type="checkbox"/>	Õlg	<input type="checkbox"/>	Õlavars	<input type="checkbox"/>	Küünarliiges	<input type="checkbox"/>	Küünarvars	<input type="checkbox"/>	Labakäsi/sõrmed	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>
Ülaselg	<input type="checkbox"/>	Alaselg	<input type="checkbox"/>	Puus	<input type="checkbox"/>	Reis	<input type="checkbox"/>	Põlv	<input type="checkbox"/>	Säär/sääre esikülg	<input type="checkbox"/>	Hüppe-liiges	<input type="checkbox"/>	Labajalg/varbad	<input type="checkbox"/>

- |   | Jah                      | Ei                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 20. Kas Teile on öeldud, et Teile tuleb teha või on kunagi tehtud röntgenülesvõtte kaelast kaela ebastabiilsuse tõttu?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kas kasutate regulaarselt ortoosi (tugisidet) või mõnda muud tugivahendit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Kas arst on Teile kunagi öelnud, et Teil on astma või mõni allergia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Kas Teil esineb treeningu ajal köha, hingeldust või hingamisraskust?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kas kellelgi Teie perekonnas on astma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Kas olete kunagi kasutanud inhalaatorit või astmaravimeid?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Kas olete sündinud ilma ühe neeru, silma, munandi või mõne muu organita või on Teil mõni organ kunagi eemaldatud?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Kas Teil on olnud viimase kuu jooksul nakkuslikku mononukleoosi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Kas Teil on olnud lööbeid, lamatisi või muid nahaprobleeme?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Kas Teil on olnud herpest (ohatist)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Kas Teil on kunagi olnud peavigastusi või -põrutusi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Kas olete saanud lööke vastu pead (peatraumasid), mille tulemusena on teadvus hägustunud või on esinenud mälukaotus?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Kas Teil on kunagi olnud krampe?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Kas treeningu ajal on Teil esinenud peavalu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Kas Teil on kunagi esinenud tuimus-, kihelus- või nõrkustunnet kätes või jalgades peale lööke või kukkumist?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Kas Teil on pärast lööke või kukkumist kunagi olnud raske oma käsi või jalgu liigutada?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Kui olete teinud trenni palava ilmaga, kas Teil on esinenud lihaskrampe või on tekkinud terviseprobleemid (nt kuumarabandus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Kas arst on Teile või kellelegi Teie perekonnast öelnud, et Teil (või kellelgi teisel) esineb sirprakulist aneemiat?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Kas Teil on kunagi olnud probleeme silmade või nägemisega?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Kas kannate prille või kontaktläätsi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Kas kasutate silmakaitsevahendeid (nt kaitseprillid, näokilp)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Kas olete oma kehakaaluga rahul?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Kas püüate oma kaalu alandada või tõsta?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Kas keegi on Teile kunagi soovitanud muuta oma kehakaalu või söömisharjumisi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Kas kontrollite hoolikalt, mida sööte?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Kas Teil on mõni mure, mille üle tahaksite arstiga nõu pidada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**AINULT NAISTELE**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 46. Kas Teil esinevad menstruatsioonid?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Mis vanuses esines Teil esimene menstruatsioon? _____         |                          |                          |
| 48. Milline on menstruatsiooni kestus/tsükli perioodilisus? _____ |                          |                          |

**Palun selgitage siin oma „jah“-vastuseid:**


---



---



---



---

Millal ja kus toimus eelmine spordimeditsiiniline terviseuring? \_\_\_\_\_

Treeningtundide (1 treeningtund = 60 min) arv nädalas (v.a. kooli kehalise kasvatuse tunnid): \_\_\_\_\_

Kinnitan käesolevaga, et olen vastanud kõikidele küsimustele õigesti. Kuupäev: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sportlase allkiri \_\_\_\_\_ Vanema/hooldaja nimi ja allkiri \_\_\_\_\_