

SPORTORVOSI VIZSGÁLATI KÉRDŐÍV

Személyi adatok:

Név: _____

Szül. év, hó: _____

TAJ-szám: _____

Lakcím, telefonszám: _____

Mit sportol, mióta? _____

Heti edzés óra (óra/hét): _____

Legjobb hazai/nemzetközi eredménye: _____

Kérjük, hogy a kérdőívet a sportorvosi vizsgálat előtti napokban töltsse ki – 18 év alatt szülői segítséggel -, és a sportorvosi vizsgálatra (esetleges korábbi leleteivel, kórházi zárójelentésével) hozza magával!

Amennyiben korábbi sportorvosi vizsgálat alkalmával ezt a kérdőívet már kitöltötte, kérjük, hogy válaszai az azóta eltelt időszakra vonatkozzanak!

Kérjük, olvassa el gondosan a kérdéseket!

Kereszttel jelölje meg a helyes választ: „igen” vagy „nem”.

Az "igen" válaszokat kérjük, részletezze a kérdőív végén (pl. ha szed valamilyen gyógyszert, írja be, hogy mit).

Amelyik kérdésre nem tudja a választ, azt karikázza be.

- | | Igen | Nem |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Volt-e valamilyen betegsége korábban? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. <i>Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamelyik szerve (pl. egyik vese)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kezelték-e valaha kórházban? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert orvosi el írásra, vagy anélkül? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | <u>Igen</u> | <u>Nem</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálékkiegészít t, valamint testsúlyát csökkent , vagy növel , teljesít képességet fokozó készítményt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Használ-e valamilyen inhalációs készítményt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Allergiás-e valamire (pl. virágpór, méhcsípés, orvosság, étel, stb.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El fordult-e, hogy edzés alatt, vagy után elájult volna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Volt-e valaha mellkasi fájdalma edzés alatt, vagy után? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Elszédült-e valaha edzés közben, vagy után? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Korábban fárad-e el, mint sporttársai edzés közben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Érzett-e valaha rohamszer en fellép szapora szívdobogást, vagy rendszertelen szív m ködést („mintha kihagyna”)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. <i>Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy magas a vérnyomása?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy szívzöreje van? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Mérték-e valaha laboratóriumi vizsgálatnál magasabb vércukrot, vagy koleszterint? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Családjában (szül k, nagyszül k, testvér) fordult-e el 50 év alatti életkorban hirtelen halál, vagy szívbetegség miatti haláleset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Családjában el fordult-e daganatos betegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, szívbetegség, agyvérzés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfert zése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. El fordult-e, hogy az orvos nem tanácsolta a sportolást vagy testnevelést szív-probléma miatt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Van-e jelenleg valamilyen b rpanasza (pl. viszketés, kiütés, herpes, pattanás, furunculus, gomba)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. <i>Volt-e valaha fejsérülése, illetve elszenvedett-e KO-t?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. <i>Volt-e valaha rohamszer en jelentkez , végtagjaira kiterjed görcsös állapota, epilepsziás rohama?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. El fordult-e, hogy nagy melegben végzett edzést l rosszul lett, vagy megbetegedett volna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | <u>Igen</u> | <u>Nem</u> |
|--|---------------------------------|--|
| 24. El fordult-e, hogy edzés közben vagy utána nehézlégzés, sípoló légzés, vagy köhög roham lépett fel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Asztmás-e? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Van-e valamilyen szezonális allergiája, ami orvosi kezelést igényel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Használ-e valamilyen speciális eszközt, ami a sportágban nem szokásos (pl. térd- vagy bokavéd , brace, fogszabályozó, hallókészülék)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Volt-e valaha valamilyen probléma a szemével vagy a látásával? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Visel-e szemüveget, kontaktlencsét vagy véd szemüveget? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Volt-e csonttörése? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Volt-e m téti beavatkozást igényl sportsérülése? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Volt-e valaha csont-, ízületi-, szalag vagy izom problémája sérülésb l adódóan, mely kezelést igényelt? Ha igen, jelölje meg, hol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Volt-e valaha olyan csont-, ízületi-, szalag- vagy izomproblémája, ami fájdalommal, esetleg duzzanattal járt – sérülést l függetlenül? Ha igen, jelölje meg, hol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> fej | <input type="checkbox"/> könyök | <input type="checkbox"/> csíp |
| <input type="checkbox"/> nyak | <input type="checkbox"/> alkar | <input type="checkbox"/> comb |
| <input type="checkbox"/> hát | <input type="checkbox"/> csukló | <input type="checkbox"/> térd |
| <input type="checkbox"/> mellkas | <input type="checkbox"/> kézfej | <input type="checkbox"/> lábikra/lábszár |
| <input type="checkbox"/> váll | <input type="checkbox"/> ujjak | <input type="checkbox"/> boka |
| <input type="checkbox"/> felkar | | <input type="checkbox"/> lábfej |
| 34. Szükség volt-e valaha testsúlyának növelésére vagy csökkentésére? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Fogyaszt-e rendszeresen, hogy sportága követelményeinek (pl. súlycsoport) megfeleljen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. A fogyasztás mértéke meghaladja-e az 5 kg-ot? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Fáradtnak, kimerültnek, vagy ingerlékenynek érzi-e magát? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Csak n i sportolók

38. Hány éves korában menstruált el ször? _____

39. Az elmúlt évben hány menstruációs ciklusa volt? _____

40. Edzés/versenyzés befolyásolja-e a ciklusát? _____

41. Szed-e fogamzásgátlót? _____

Kérjük, részletezze az „igen” válaszokat

Kijelentem, hogy legjobb tudásom szerint a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Kijelentem, hogy eltitkolt betegségem nincs.

Dátum:év.....hó... nap

.....
sportoló

.....
szül – gyám/gondvisel
18 év alatt