

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!

Keresztrel 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 előírásra, vagy anélkül? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Igen	Nem
5. Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálékkiegészítőt, valamint testsúlyát csökkentő, vagy növelő, teljesítőképességet 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. virágpor, méhcsípés, orvosság, étel, stb.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Előfordult-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 rohamszerűen fellépő szapora szívdobogást, vagy rendszertelen szív működést („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 (szülők, nagyszülők, testvér) fordult-e elő 50 év alatti életkorban hirtelen halál, vagy szívbetegség miatti haláleset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Családjában előfordult-e daganatos betegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, szívbetegség, agyvérzés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfertőzése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Előfordult-e, hogy az orvos nem tanácsolta a sportolást vagy testnevelést szív-probléma miatt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Van-e jelenleg valamilyen bőrpanasza (pl. viszketés, kiütés, herpes, pattanás, furunculosis, 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 rohamszerűen jelentkező, végtagjaira kiterjedő görcsös állapot, epilepsziás rohama?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Előfordult-e, hogy nagy melegben végzett edzéstől rosszul lett, vagy megbetegedett volna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Igen	Nem
24. Előfordult-e, hogy edzés közben vagy utána nehézlégzés, sípoló légzés, vagy köhögő 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 bokavédő, 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 védőszemüveget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Volt-e csonttörése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Volt-e műtéti beavatkozást igénylő sportsérülése?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Volt-e valaha csont-, ízületi-, szalag vagy izom problémája sérülésből 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 – sérüléstől függetlenül? Ha igen, jelölje meg, hol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

<i>Csak női sportolók</i>

38. Hány éves korában menstruált először?

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

.....
szülő – gyám/gondviselő
18 év alatt