

ANKETA ZA PROCJENU ZDRAVSTVENOG STANJA SPORTAŠA

Roditelj/staratelj ispunjava za malodobno dijete

Ime i prezime _____ Datum rođenja _____

Klub _____ Kategorija _____

Ukupan broj sati treninga tjedno, uključujući utakmice /natjecanja _____

Kontakt telefon _____

1. Boluje li netko u obitelji (roditelji, braća, sestre) od neke od navedenih bolesti

Navesti tko boluje

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| a) Povišeni krvni tlak, moždani udar | DA | NE | _____ |
| b) Srčane bolesti | DA | NE | _____ |
| c) Nagla srčana smrt prije 50 godine života | DA | NE | _____ |
| d) Bolesti krvnih žila, duboka venska tromboza | DA | NE | _____ |
| e) Šećerna bolest | DA | NE | _____ |
| f) Astma | DA | NE | _____ |
| g) Alergija | DA | NE | _____ |
| h) Maligne bolesti | DA | NE | _____ |
| i) Kronični problemi sa zglobovima i mišićima | DA | NE | _____ |
| j) Endokrine bolesti | DA | NE | _____ |
| e) Nagla i iznenadna smrt | DA | NE | _____ |

2. Imate li Vi (roditelj odgovara za dijete), ili ste imali, neke od navedenih bolesti:

- | | | | |
|--------------------------------|----|----|--------------------|
| a) Srčane bolesti | DA | NE | |
| b) Od ranije poznat srčani šum | DA | NE | |
| c) Povišeni tlak | DA | NE | |
| d) Potres mozga | DA | NE | |
| e) Astma | DA | NE | |
| f) Alergije | DA | NE | Alergija na: _____ |
| g) Epilepsija | DA | NE | |
| h) Učestale infekcije | DA | NE | |

- i) Neke druge ozbiljne bolesti Koje: _____
- j) Nosite li naočale ili leće DA NE
- k) Nosite li slušno pomagalo DA NE
- l) Teške ozljede ili bolesti koje su rezultirale operacijom, hospitalizacijom, ili izostankom iz bavljenja sportom više od jednog mjeseca DA NE
- Navesti bolesti/ozljede/operacije _____
- _____

3. Imate li VI (roditelj odgovara za dijete) neke od navedenih tegoba:

- a) Nelagodu ili bol u prsištu u naporu DA NE
- b) Nesvjesticu, omaglicu u naporu ili nakon napora DA NE
- c) Lupanje ili preskakanje srčane akcije u naporu DA NE
- d) Prekomjerni ili nejasni nedostatak zraka u naporu DA NE
- e) Gubitak apetita ili gubitak na težini DA NE
- f) Nesanica DA NE
- g) Gastrointestinalni poremećaji DA NE

4. Lijekovi, dodaci prehrani, navike

DA NE

- a) Lijek-(ovi) koji trenutno uzimate _____
- b) Alergija na lijek DA NE koji _____
- c) Dodaci prehrani koje uzimate _____
- d) Pušenje DA NE količina _____
- e) Alkohol DA NE količina _____
- f) Ostala sredstva DA NE količina _____

5. Pitanja za sportašice

- a) Dob prve mjesečnice _____
- b) Broj mjesečnica u proteklih 12 mjeseci _____
- c) Trajanje ciklusa _____

Svojim potpisom potvrđujem da su gore navedeni podaci točni.

Mjesto i datum

Potpis sportaša (za maloljetnu osobu potpis roditelja ili staratelja)
