

Dotazník k lékařské prohlídce sportovce

Jméno a příjmení:	
Datum narození/rodné číslo:	
Adresa:	
Telefon:	

V dotazníku v případě kladné odpovědi, prosím, blíže specifikujte diagnózu na následujícím řádku.

Alergie:	Ano	x	NE
(napište druh alergie):			

Rodinná anamnéza

• Náhlé úmrtí do 40 let věku (rodiče, prarodiče a sourozenci)	Ano	x	NE
(napište příčinu úmrtí, typ onemocnění nebo diagnózu)			
• Kardiovaskulární onemocnění do 60 let věku (např. infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, plicní embolie, aneurysma nebo disekce aorty)	Ano	x	NE
• Diabetes (cukrovka)	Ano	x	NE
• Arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak)	Ano	x	NE
• Neurologická onemocnění	Ano	x	NE

Osobní anamnéza

• Vrozená nebo získaná srdeční vada	Ano	x	NE
(napište typ onemocnění, nebo diagnózu)			
• Neurologické onemocnění, epilepsie	Ano	x	NE

• Metabolické onemocnění, diabetes	Ano	☒	NE
------------------------------------	-----	-------------------------------------	----

• Imunodeficit	Ano	☒	NE
----------------	-----	-------------------------------------	----

• Onemocnění ledvin	Ano	☒	NE
---------------------	-----	-------------------------------------	----

• Jiné onemocnění	Ano	☒	NE
-------------------	-----	-------------------------------------	----

Subjektivní potíže

• Dýchání	Ano	☒	NE
-----------	-----	-------------------------------------	----

(napíšte typ onemocnění, nebo diagnózu)

• Bolesti na hrudi	Ano	☒	NE
--------------------	-----	-------------------------------------	----

• Nepravidelný srdeční tep	Ano	☒	NE
----------------------------	-----	-------------------------------------	----

• Bolest hlavy	Ano	☒	NE
----------------	-----	-------------------------------------	----

• Bezvědomí kolapsové stavy	Ano	☒	NE
-----------------------------	-----	-------------------------------------	----

• Křeče	Ano	☒	NE
---------	-----	-------------------------------------	----

• Bolest svalů	Ano	☒	NE
----------------	-----	-------------------------------------	----

• Jiné potíže	Ano	☒	NE
---------------	-----	-------------------------------------	----

Chronická léčba, medikace

Ano	☒	NE
-----	-------------------------------------	----

napíšte název léku a dávkování:

Úrazy

• **Hlava** **Ano** **x** **NE**

(napište měsíc/rok, upřesněte typ úrazu, nebo diagnózu)

• **Krk** **Ano** **x** **NE**

• **Hrudník** **Ano** **x** **NE**

• **Pánev** **Ano** **x** **NE**

• **Páteř** **Ano** **x** **NE**

• **Končetiny** **Ano** **x** **NE**

• **Otřes mozku** **Ano** **x** **NE**

(napište měsíc/rok)

Operace:

Ano **x** **NE**

(napište měsíc/rok, název operace):

Prohlašuji, že jsem anamnestický dotazník vyplnil pravdivě a dle svého nejlepšího vědomí. Jsem si vědom/a, že poskytnuté informace mohou ovlivnit mé zdravotní posouzení a následnou péči.

Datum:

Podpis: