

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Titul, příjmení, jméno: Rodné číslo:.....
Sportovní klub:..... Druh sportu:.....
Bydliště:..... Město, okres:..... PSČ:.....
E-mail:..... Tel:..... Pojišťovna:.....

1. Onemocnění v rodině-rodiče, prarodiče dotazovaného:

NE (vypsat)	ANO, kdo konkrétně
... srdeční choroby	
... plicní choroby	
... vysoký krevní tlak	
... cukrovka	
... hemofilie	
... padoucnice	
... duševní choroba	
... alkoholismus	
... jiné	

2. Osobní anamnéza (zatrhněte)

a) v dětství: černý kašel, chřipky, plané neštovice, spála, spalničky, tbc, tyfus, křivice, febrilní křeče, psotník, zánět středního ucha, zánět mozkových blan, záškrt, žloutenka, zánět ledvin, zápal plic, zánět pohrudnice, kopřivka či angíny.
Alergie a jaké:

b) od školního věku:

NE	ANO ,kdy konkrétně - rok
----	--------------------------

... Ztráta vědomí z jakékoliv příčiny, závratě či bolesti hlavy	
... Duševní a nervové poruchy	
... Oční poruchy	
... Ušní onemocnění	
... Onemocnění srdce	
... Onemocnění cév	
... Poruchy krevního tlaku	
... Onemocnění dýchacích cest a plic	
... Onemocnění zažívacího ústrojí	
... Onemocnění ledvin a močových cest	
... Onemocnění pohlavního ústrojí	
... Onemocnění páteře, kloubů, svalů	
... Alergická onemocnění	
... Křeče a křečové stavy	
... Cukrovka	
... Léková a alkoholová závislost	
... Jiná onemocnění a sdělení	
... Operace	
... Úrazy	
... Krevní poruchy a sklon ke krvácení	
... Krevní transfuze	
... Chybějící orgány	
... Odnímatelné protézy	
... Léky pravidelně užívané	

U žen:

- ... Menstruační cyklus za dní trvá dní od let bolest ano-ne
- ... Menopausa od
- ... Těhotenství
- ... Potraty

Byla Vám ze zdravotních důvodů zakázána sportovní činnost?

(kdy,kde).....

Podrobil-a jste se již lékařskému vyšetření k provádění sportovní činnosti?

(kdy,kde,uznán).....

Byl-a jste někdy hospitalizován-a, proč, jak dlouho?

.....

Kouříte ano - ne kolik/den Pijete kávu ano- ne kolik...../den

Pijete alkoholické nápoje ano - ne jak častokolik...../den

Spíte dobře? Kolik hodin?

Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě, jak často?.....

Kolik hodin?.....

Druh tělesné činnosti.....

Jméno a adresa rodinného(obvodního,závodního lékaře)

.....

Doplňky:dispenzarizační péče (soustavné sledování u odborného lékaře)

.....

Jiné:

.....

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a přebírám za ně plnou odpovědnost.

Datum:

.....

vlastoruční podpis