



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. Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamelyik szerve (pl. egyik vese)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kezelték-e valaha kórházban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Igen	Nem
4.	Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert orvosi előírásra, vagy anélkül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálékkiegészítőt, valamint testsúlyát csökkentő, vagy növelő, teljesítőképeséget 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.	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.	Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy magas a vérnyomása?	<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 szívprobléma 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.	Volt-e valaha fejsérülése, illetve elszenvedett-e KO-t?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Volt-e valaha rohamszerűen jelentkező, végtagjaira kiterjedő görcsös állapota, epilepsziás roham?	<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"/>
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"/>



	Igen	Nem
33. Volt-e valaha olyan csont-, ízületi-, szalag- vagy izomproblémája, ami fájdalommal, esetleg duzzanattal járt – sérüléstől függetlenül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha igen, jelölje meg, hol?		
<input type="checkbox"/> fej	<input type="checkbox"/> könyök	<input type="checkbox"/> csípő
<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 női sportolók		
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