**VSTUPNÍ DOTAZNÍK – ZÁTĚŽOVÉ EKG**

**Klient:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. kontakt/u dětí rodičů \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A.Osobní anamnéza :** zakroužkujte prosím ANO/NE, podle toho co nejvíce odpovídá skutečnosti

**Jaká závažnější onemocnění jste prodělal:** vrozené vady **NE ANO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Časté angíny **ANO NE** Zánět mozkových blan **ANO NE** Stavy bezvědomí **ANO NE**

Jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergie** NE ANO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Berete v současné době nějaké léky?Jaké?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Byl jste někdy hospitalizován, pokud ano, tak proč:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Byl jste někdy operován, pokud ano, tak proč:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jste sledován na kardiologii ? **NE ANO**
2. Jste sledován u nějakého specialisty ? **NE ANO**
3. Máte sluchové potíže ? **NE ANO**
4. Máte zrakové potíže ? **NE ANO** Brýle Čočky
5. Dodržujete nějakou Dietu? **NE ANO**
6. Zkolaboval jste někdy nebo omdlel během cvičení? **NE ANO**
7. Měl jste někdy pocit pískání a kašle, který by zhoršoval váš výkon? **NE ANO**
8. Léčil jste se někdy pro astma? **NE ANO**
9. Měl jste někdy křeče? **NE ANO**
10. Máte epilepsii? **NE ANO**
11. Doporučil vám někdy někdo, abyste ze zdravotních důvodů zanechal sportu? **NE ANO**
12. Máte vysoký krevní tlak? **NE ANO**
13. Máte obtíže s dýcháním nebo záchvaty kašle během- nebo po sportovní činnosti? **NE ANO**
14. Byl jste někdy dušný při- nebo po sportu? **NE ANO**
15. Bolelo vás někdy na hrudi při-, nebo po sportu? **NE ANO**
16. Cítil jste někdy náhlé bušení srdce nebo nepravidelnost (výpadky) tepu? **NE ANO**
17. Unavíte se rychleji při sportu než vaši soupeři či spoluhráči? **NE ANO**
18. Měl jste někdy jakékoliv problémy se srdcem? **NE ANO**
19. Máte cukrovku ? **NE ANO**
20. Máte často modřiny, aniž si uvědomujete jejich vznik ? **NE ANO**
21. Bolí vás často hlava ? **NE ANO**
22. Měl jste během minulého měsíce závažné virové onemocnění? **NE ANO**
23. ADHD, Dyslexie, autismus, jiné: **NE ANO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
24. Úrazy ? **NE ANO**
25. Již jste někdy absolvoval zátěžové EKG, kdy a kde **NE ANO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
26. byli po výše uvedeném vyšetření komplikace ? **NE ANO**

**B. Rodinná anamnéza:** rodiče, prarodiče

1. Srdeční vada **NE ANO** IM **NE ANO** poruchy rytmu **NE ANO** Astma **NE ANO**
2. Cukrovka **NE ANO** CA **NE ANO** jiné: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Zemřel někdo v rodině náhlou smrtí před 50.rokem věku? **NE ANO**
4. Měl někdo v rodině před 50. rokem věku
* opakované stavy bezvědomí? **NE ANO**
* záchvatovité křeče? **NE ANO**
* operaci srdce ? **NE ANO** pacemaker nebo defibrilátor? **NE ANO**
1. Má někdo v rodině Marfanův syndrom? **NE ANO**

**Chcete nám něco sdělit ??:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Souhlasím s předáním výsledků testování trenérovi :** **NE ANO** /jméno/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potvrzuji svým podpisem, že jsem si plně vědom/a všech (právních) důsledků zatajení informací o mém zdravotním stavu (platí u sportovců starších 18 let) **či o zatajení informací o zdravotním stavu dcery či syna** (platí sportovců mladších 18 let). **PROHLAŠUJI, ŽE VÝŠE UVEDENÉ ÚDAJE JSOU PRAVDIVÉ**

 Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V Ústí nad Labem, dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V případě dětí pod 18 let-podpis zákonného zástupce