

Спортско - медицински упитник

Презиме, име родитеља, име _____

датум рођења _____ адреса _____

контакт телефон _____ датум прегледа _____

спорт _____ клуб _____

J.M.B.G.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Да ли сте имали неко обољење или повреду од последњег лекарског прегледа ?

Не ----- Да _____

2. Да ли сте тренутно болесни или користите неке лекове (таблете, инхалатор) ?

Не ----- Да _____

3. Да ли сте икада оперисани (ако јесте, шта и када) ?

Не ----- Да _____

4. Да ли сте алергични на неке лекове (аспирин, пеницилин...) ?

Не ----- Да _____

5. Да ли сте икада имали потрес мозга или губили свест ?

Не ----- Да _____

6. Да ли сте некада имали повишен крвни притисак ?

Не ----- Да _____

7. Да ли сте имали нека од следећих обољења:

Срчана обољења (шум на срцу, прескакање срца, тескоба и бол у грудима)

Не ----- Да _____

Болести бубрега (инфекција, камен...)

Не ----- Да _____

Болести јетре (жутица, мононуклеоза...)

Не ----- Да _____

8. Да ли сте имали прелом кости или ишчашење зглоба ?

Не ----- Да _____

9. Да ли имате било који здравствени проблем на који би требало обратити пажњу ?

Потпис спортисте _____ Датум _____