

Příjmení a jméno:	RČ:
Adresa:	ZP:

DOTAZNÍK K ZÁTĚŽOVÉMU VYŠETŘENÍ

Osobní anamnéza (vybranou odpověď zatrhněte **X**)

Máte/měla jste obtíže nebo jste léčen/a na onemocnění popsaná níže?	NE	ANO Kdy, rok? Kolikrát?
Ztratil/a jste někdy vědomí během sportovní aktivity (cvičení) nebo po ní?		
Měl/a jste někdy pocit svírání nebo bolesti na hrudníku?		
Máte při fyzické aktivitě či sportu pocit svírání nebo tísně na hrudi?		
Měl/a jste někdy svírání na hrudi, náhlý kašel či sípání, které bránilo cvičení?		
Máte či měl/a jste diagnostikované a léčené astma?		
Měl/a jste někdy epileptický záchvat?		
Zakázal Vám někdy lékař sportovat?		
Měl/a jste někdy diagnostikovaný vysoký krevní tlak?		
Měl/a jste někdy nález vysokého cholesterolu v krvi?		
Měl/a jste během cvičení či po cvičení potíže s dechem či kašlem?		
Měl/a jste někdy pocit neadekvátně rychlého či nepravidelného tlukotu srdce?		
Měl/a jste někdy pocit bušení na hrudi?		
Unavíte se výrazně dříve než Vaši kolegové, se kterými sportujete?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte šelest na srdci?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte arytmie?		
Prodělal/a jste v posledním měsíci závažnou virovou infekci?		
Prodělal/a jste v minulosti revmatickou horečku?		
Máte nějaké alergie? Pokud ano, jaké?		
Zde uveďte, o jaké alergie se jedná		

Užíváte nyní trvale nějaké léky? Pokud ano, jaké?		
Zde uveďte, o jaké léky se jedná		
Užíval/a jste v minulosti dlouhodobě nějaké léky? Pokud ano, jaké?		
Zde uveďte, o jaké léky se jednalo		
Prodělal/a jste někdy infekční mononukleózu?		
Prodělal/a jste někdy zánět mozkových blan?		
Léčíte se s cukrovkou?		
Léčíte se či jste se léčil/a na onemocnění štítné žlázy?		
Prodělal/a jste někdy boreliózu?		
Prodělal/a jste někdy covid-19?		

Rodinná anamnéza (vybranou odpověď zatrhněte **X**)

Měl/a někdo ve Vaší rodině diagnostikováno následující onemocnění?	NE	ANO Kdy, kdo?
cukrovka		
vysoký krevní tlak		
ischemická choroba srdeční (angina pectoris)		
kardiomyopatie		
Má/měl někdo ve Vaší rodině následující obtíže ve věku méně než 50 let?	NE	ANO Kdy, kdo?
Zemřel/a náhlou smrtí či bez jasného vysvětlení?		
Topil/a se bez zjevné příčiny?		
Měl/a nevysvětlitelnou nehodu při řízení auta, motocyklu či kola?		
Měl/a nevysvětlitelné záchvaty či ztráty vědomí?		
Podstoupil/a transplantaci srdce či jinou operaci srdce?		
Měl/a implantován kardiostimulátor či defibrilátor?		
Byl/a léčen (a) na arytmie?		
Bylo někde v rodině náhlé úmrtí kojence či v novorozeneckém věku?		
Měl/a diagnostikován tzv. Marfanův syndrom?		

Příjmení a jméno:	RČ:
Adresa:	ZP:

Sportovní anamnéza (jedná se doplňující informace, dobrovolné vyplnění)

Druh sportovní činnosti	
Specializace (útočník, skif, kraul, atd.) (běžci/cyklisté/podobné sporty také délka tratě)	
Od kolika let se sportu věnujete	
Výkonnostní úroveň (profi/hobby, liga, úspěchy)	
Počet tréninků týdně, kolika fázový trénink	
Délka jednoho tréninku	
Zatížení během roku (km, počet měsíců v roce)	
Regenerace (jaká, kolik)	
Doplňkové sporty	

V případě, že jste na některou z výše uvedených otázek odpověděl/a kladně (ANO), upozorněte svého tělovýchovného lékaře!

Zákonný zástupce:	
Datum:	Podpis: pacienta(ky) nebo zákonného zástupce