

Příjmení: _____

Jméno: _____

Rodné č.: _____

Datum narození: _____

Tel.: _____

E-mail: _____

Máte, měl/a jste obtíže či jste léčen/a na onemocnění popsaná níže?	NE	ANO (rok)
Ztratil/a jste někdy vědomí během sportovního výkonu či cvičení?		
Měl/a jste někdy pocit svírání na hrudníku?		
Máte při běhu či jiném fyzickém výkonu pocit svírání na hrudi?		
Máte nějaké současné obtíže?		
Máte časté angíny?		
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 záchvat epilepsie?		
Zakázal Vám někdy lékař sportovat?		
Měl/a jste někdy zjištěn vysoký krevní tlak?		
Měl/a jste někdy nález vysokého cholesterolu v krvi?		
Měl/a jste během cvičení či po cvičení potíže s dechem či kašlete?		
Měl/a jste během cvičení či po cvičení pocit částečné či úplné ztráty vědomí?		
Měl/a jste během cvičení pocit tísně na hrudi?		
Měl/a jste někdy pocit neadekvátně rychlého či nepravidelného tlukotu srdce?		
Měl/a jste někdy pocit bušení na hrudi?		
Máte pocit, že se unavíte výrazně dříve než Vaši kolegové se kterými sportujete?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte šelesty na srdci?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte srdeční arytmii (tedy nepravidelný srdeční rytmus)?		
Prodělal/a jste v posledním měsíci těžší virovou infekci?		
Prodělal/a jste v minulosti revmatickou horečku?		
Prodělal/a jste 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?		
Máte nějaké alergie? Pokud ano, jaké?		
<i>Zde popište Vaše alergie a jejich projev</i>		
Berete nyní nějaké léky? Pokud ano, tak jaké?		
<i>Zde napište jména léků, které nyní užíváte</i>		
Bral/a jste v minulosti dlouhodobě nějaké léky?		
<i>Zde napište jména léků, které jste užíval/a v minulosti</i>		

	NE	ANO (rok)
Prodělal/a jste nějakou operaci?		
<i>Zde vyjmenujte operace, které jste v minulosti prodělal/a</i>		
Měl/a jste někdy nějaký úraz?		
<i>Jaký? Popište stručně mechanismus úrazu</i>		
Zranil/a Vás někdy soupeř/ka?		
<i>Zde stručně popište o jaké zranění se jednalo</i>		
Měl/a jste úraz svalů?		
<i>Zde stručně popište o jaké zranění se jednalo</i>		
Měl/a jste úraz vazů a kloubů?		
<i>Zde stručně popište o jaké zranění se jednalo</i>		
Zlomil/a jste si někdy něco?		
<i>Zde stručně popište, o jakou zlomeninu se jednalo</i>		
Prodělal/a jste nějaká další onemocnění?		
<i>Zde napište jaká onemocnění</i>		

Má/měl někdo ve Vaší rodině následující obtíže ve věku méně než 50 let?	NE	ANO (rok)
Zemřel náhlou smrtí či bez jasného vysvětlení?		
Topil 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/byla léčen/léčena na srdeční arytmie?		
Došlo někdy v rodině k náhlému úmrtí kojence či novorozence?		
Měl/a někdo v rodině: Cukrovku?		
Vysoký krevní tlak?		
Ischemickou chorobu srdeční (anginu pectoris)?		
Kardiomyopatii (onemocnění srdečního svalu)?		
Léčí se s něčím?		
Léčí se s něčím? Matka - <i>Zde napište jaká onemocnění</i>		
Otec - <i>Zde napište jaká onemocnění</i>		
Sourozenci - <i>Zde napište jaká onemocnění</i>		
Ostatní příbuzní - <i>Zde napište jaká onemocnění</i>		

Datum _____

Podpis klienta: _____
(Do 18 let podpis rodiče)