

S P O R T O R V O S I V I Z S G Á L A T I K É R D Ő Í V

Név:..... TAJ szám:.....

Születési idő:..... Születés helye:.....

Anyja neve:..... Sportág:.....

Címe:..... Egyesület:.....

Foglalkozás:..... Mióta Sportol:.....

Dohányzik-e, vagy valaha dohányzott-e? Igen / nem

1. Heti edzés óra (óra/hét):		
2. Legjobb hazai/nemzetközi eredménye:		
3. Volt-e valamilyen betegsége korábban?	Igen	Nem
4. Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamelyik szerve (pl. egyik vese)?	Igen	Nem
5. Kezelték-e valaha kórházban?	Igen	Nem
6. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert orvosi előírásra, vagy anélkül?	Igen	Nem
7. Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálék-kiegészítőt, valamint testsúlyát csökkentő, vagy növelő, teljesítőképességet fokozó készítményt?	Igen	Nem
8. Használ-e valamilyen inhalációs készítményt?	Igen	Nem
9. Allergiás-e valamire (pl. virágpor, méhcsípés, orvosság, étel, stb.)?	Igen	Nem
10. Előfordult-e, hogy edzés alatt, vagy után elájult volna, vagy gyengeség érzése lett volna?	Igen	Nem
11. Volt-e valaha mellkasi fájdalom edzés alatt, vagy után?	Igen	Nem
12. Elszédült-e valaha edzés közben, vagy után?	Igen	Nem
13. Korábban fárad-e el, mint sporttársai edzés közben?	Igen	Nem
14. Érzett-e valaha rohamszerűen fellépő szapora szívdobogást, vagy rendszertelen szív működést („mintha kihagyna”)?	Igen	Nem
15. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy magas a vérnyomása?	Igen	Nem
16. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy szívzöreje van?	Igen	Nem
17. Mértek-e valaha laboratóriumi vizsgálatnál magasabb vércukrot, vagy koleszterint?	Igen	Nem
18. Családjában (szülők, nagyszülők, testvér) fordult-e elő 50 év alatti életkorban hirtelen halál, vagy szívbetegség miatti haláleset?	Igen	Nem
19. Családjában előfordult-e daganatos betegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, szívbeteg agyvérzés, ritmuszavar, eszméletvesztés, Marfan szindróma, végtagi érzékszékület, szívkatéterezés/szívűtét?	Igen	Nem
20. Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfertőzése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis)?	Igen	Nem
21. Előfordult-e, hogy az orvos nem tanácsolta a sportolást vagy testnevelést szív-probléma miatt?	Igen	Nem
22. Van-e jelenleg valamilyen bőrpanasza (pl. viszketés, kiütés, herpes, pattanás, furunculus, gomba)?	Igen	Nem
23. Volt-e valaha fejsérülése, illetve elszenvedett-e KO-t?	Igen	Nem
24. Volt-e valaha rohamszerűen jelentkező, végtagjaira kiterjedő görcsös állapota, epilepsziás rohama?	Igen	Nem
25. Előfordult-e, hogy nagy melegben végzett edzéstől rosszul lett, vagy megbetegedett volna?	Igen	Nem
26. Előfordult-e, hogy edzés közben vagy utána nehézlégzés, sípoló légzés, vagy köhögő roham lépett fel?	Igen	Nem
27. Asztmás-e?	Igen	Nem
28. Van-e valamilyen szezonális allergiája, ami orvosi kezelést igényel?	Igen	Nem

29. Használ-e valamilyen speciális eszközt, ami a sportágban nem szokásos (pl. térd- vagy bokavédő, brace, fogszabályozó, hallókészülék)?	Igen	Nem	
30. Volt-e valaha valamilyen probléma a szemével vagy a látásával?	Igen	Nem	
31. Visel-e szemüveget, kontaktlencsét vagy védőszemüveget?	Igen	Nem	
32. Volt-e csonttörése?	Igen	Nem	
33. Volt-e műtéti beavatkozást igénylő sportsérülése?	Igen	Nem	
34. Volt-e valaha csont-, ízületi-, szalag vagy izom problémája sérülésből adódóan, mely kezelést igényelt? Ha igen, jelölje meg, hol?	Igen	Nem	
35. Volt-e valaha olyan csont-, ízületi-, szalag- vagy izomproblémája, ami fájdalommal, esetleg duzzanattal járt –sérüléstől függetlenül? Ha igen, jelölje meg, hol?			
Fej Nyak Hát Mellkas Váll Felkar	könyök alkar csukló kézfej ujjak	csípő comb térd lábikra/lábszár boka lábfej	Nem
36. Szükség volt-e valaha testsúlyának növelésére vagy csökkentésére?	Igen	Nem	
37. Fogyaszt-e rendszeresen, hogy sportága követelményeinek (pl. súlycsoport) megfeleljen?	Igen	Nem	
38. A fogyasztás mértéke meghaladja-e az 5 kg-ot?	Igen	Nem	
39. Fáradtnak, kimerültnek, vagy ingerlékenynek érzi-e magát?	Igen	Nem	
40. Ismeri-e a doppinglistát?	Igen	Nem	
41. Van-e olyan problémája, amely a kérdések között nem szerepel, és el kívánja mondani?	Igen	Nem	

Csak női sportolók részére (42-46)

42. Hány éves korában menstruált először?		
43. Az elmúlt évben hány menstruációs ciklusa volt?		
44. Edzés/versenyzés befolyásolja-e a ciklusát?	Igen	Nem
45. Szed-e fogamzásgátlót?	Igen	Nem
46. Van-e menstruációs zavara?	Igen	Nem

Kérjük, részletezze az „igen” válaszokat (1-46 kérdés)

Kijelentem, hogy legjobb tudásom szerint a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és eltitkolt betegségem nincs. Tudomásul veszem, hogy amennyiben - két egymást követő sportorvosi vizsgálat között - egészségügyi állapotomban változás történik, azt közölnöm kell a vizsgáló sportorvossal. Tájékoztatjuk, hogy a Nemzeti Sportinformációs Rendszer részére - személyazonosításra alkalmatlan módon - statisztikai célú adatkezelés, illetve továbbítás történik. Tájékoztatjuk, hogy 2014. év január 1-től a sportorvosi vizsgálat elektronikus nyilvántartásba rögzítésével válik csak érvényessé a sportorvosi engedély, melynek eredményéről, az Önt leigazoló szövetséget, mint versenyengedélyének kiállítóját értesítenünk szükséges. A sportorvosi bélyegző megszűnésével az engedély elektronikusan válik ellenőrizhetővé. Kijelentem, hogy amatőr sportoló vagyok és a vizsgálatot a 215/2004. (VII. 13.) Korm. Rendelet 5/A. §. és 7. § szerint kérem. Alulírott hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a sportorvosi engedélyem érvényességéről (személyemet beazonosítható módon) az OSEI tájékoztatást adjon a versenyengedélyt részemre kiállító szervezet részére (pl. egyesület, szövetség). Igen / Nem

Aláírással a fentieket, mint a nevezett sportoló törvényes képviselője igazolom:

Dátum:

Sportoló törvényes képviselő
(18 év alatti sportoló esetén)

sportoló