„B”

Sportorvosi kérdőív engedély megújításához

Tisztelt Sportoló!

Kérem, hogy válaszoljon az alábbi kérdésekre, legjobb tudása szerint! Ha Ön kiskorú, akkor szüleivel töltesse ki a kérdőívet! Az “igen” válaszokat fejtse ki a sorok között, a lapon bárhol, vagy akár külön lapon!
Ha a kérdőív feldolgozásakor kérdés merül föl, elsősorban e-mailben vagy telefonon fogom megkeresni, ezért KÉREM, HOGY A KAPCSOLATTARTÁSI ADATOKAT IS TÖLTSE KI!

Név:

Sportágak:

TAJ szám:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail:

COVID-19 betegség lezajlott.....Igen, dátuma: .....Nem

COVID-19 ellen oltást kapott.....Igen, dátuma: .....Nem

A legutóbbi sportorvosi vizsgálat óta:

Volt valamilyen műtétje? ..... Igen.....Nem
Volt valamilyen sérülése? (pl. csonttörés, szalagszakadás, agyrázkódás) ..... Igen.....Nem
Volt olyan panasza, ami miatt legalább két hét edzéskihagyásra kényszerült? ..... Igen.....Nem
Volt olyan panasza, ami legalább egy hónapon át korlátozta a sportteljesítményét?..... Igen.....Nem
Kiderült olyan allergiája, amiről eddig nem tudott? Mire? ..... Igen.....Nem
Lett új állandó gyógyszere? (amit napi rendszerességgel szedni kell)..... Igen.....Nem

A legutóbbi vizsgálat óta előfordultak az alábbi tünetek edzés alatt vagy után akár egy alkalommal?

Mellkasi fájdalom (kivéve: sérülés, beszorult levegő miatt): ..... Igen.....Nem
Abnormálisan magas vagy alacsony pulzus, szabálytalan szívritmus: ..... Igen.....Nem
Hirtelen rosszullét, hirtelen szédülés: ..... Igen.....Nem
Agyrázkódás, eszméletvesztés: ..... Igen.....Nem
Sípoló légzés, köhögő roham: ..... Igen.....Nem
Elhúzódó légszomj: ..... Igen.....Nem

A legutóbbi vizsgálat óta előfordultak a családban (testvérek, szülők, nagyszülők) az alábbi betegségek?

Szívinfarktus: ..... Igen.....Nem
Szívritmuszavar: ..... Igen.....Nem
Szívelégtelenség:..... Igen.....Nem
Agyvérzés, stroke: ..... Igen.....Nem
Hirtelen halál 50 éves kor előtt, vagy megmagyarázhatatlan baleset? ..... Igen.....Nem

A legutóbbi vizsgálat óta járt az alábbi szakorvosok valamelyikénél?

Ha igen, kérem küldje el a vizsgálat eredményét (fénymásolatban vagy e-mailben is jó)!
Ortopédia ..... Igen.....Nem
Szemészet, optikus ..... Igen.....Nem
Laborvizsgálat, vérvétel..... Igen.....Nem
Kardiológia, EKG, szív ultrahang..... Igen.....Nem
Ideggyógyászat, neurológia ..... Igen.....Nem
Ellenőrzés a háziorvosnál, ismert alapbetegség miatt..... Igen.....Nem
Más kivizsgálás (vese, máj, pajzsmirigy, vércukor, vérnyomás, egyéb)..... Igen.....Nem

Sportoláshoz jelenleg hord szemüveget? Szemüveget Sportszemüveget Kontaktlencsét Nem

<u>FONTOS! ENGEDÉLYT CSAK AZ ALÁBBI NYILATKOZATOK „IGEN” VÁLASZAI ESETÉN ADHATOK!</u>

Kijelentem, hogy legjobb tudásom szerint a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és eltitkolt betegségem nincs. *Igen* *Nem*

Hozzájárulok, hogy az Országos Sportegészségügyi Intézet (OSEI)) mint adatkezelő megismerje és tárolja személyi, valamint egészségügyi adataimat. *Igen* *Nem*

Alulírott hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a sportorvosi engedélyem érvényességéről (személyemet beazonosítható módon) az OSEI tájékoztatást adjon a Nemzeti Sportinformációs Rendszer *és a versenyengedélyt kiállító szervezet részére (pl. egyesület, szövetség).* *Igen* *Nem*

Kérem, hogy a kérdőív kitöltése után juttassa el a vonatkozó vizsgálatok leleteit is!
(email: sportorvos@drseprodibence.hu, vagy a vizsgálatkor személyesen)

Dátum: .....

V2.2 Sportoló (18 év alatt szülő) aláírása