



FITEQ SPORTORVOSI IGAZOLÁS

Sportoló

Név Az útlevelemben szereplő neve
Szül. dátum (ÉÉÉÉ/HH/NN)

Cím

Utca, házszám Város Irányítószám

Elérhetőségek

Mobiltel. szám E-mail cím

Szülő/Gyám (ha szükséges)

Név Rokoni kapcsolat
E-mail cím Mobiltel. szám

Veszély esetén értesítendő

Név Mobiltel. szám
E-mail cím

Vizsgálat előtti kérdéssor COVID-19 tünetekkel kapcsolatban

	Igen	Nem	Megjegyzés
1. Fáj a torka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Köhög, kapar a torka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Fáradtnak, kimerültnek érzi magát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Légszomja, vagy légzési nehézsége van?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Lázas? (37.8 fok feletti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Volt három napnál tovább tartó lázas megbetegedése? (37.8 fok feletti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Került kapcsolatba COVID-19 fertőzött beteggel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

A COVID-19-el kapcsolatos tünetek megítélése a kezelőorvos feladata.

Amennyiben igennel válaszolt a 7-ből 4 kérdésre, vagy a 6-os és/vagy a 7-es számú kérdésre, úgy vizsgáltassa ki magát és ne végezzen testmozgást amíg azt kezelőorvosa jóvá nem hagyja.

Amennyiben az összes kérdésre nemmel válaszolt minden valószínűség szerint továbbra is biztonságosan sportolhat.

Általános kórtörténet (Válaszoljon minden kérdésre igennel vagy nemmel a jelölőnégyzetben!)

		Igen	Nem	Megjegyzés
1.	Volt-e valamilyen egészségügyi problémája vagy fizikai sérülése a legutóbbi fizikai tesztje óta?			
2.	Van-e asztmája?			
3.	Van-e cukorbetegsége?			
4.	Van-e magas vérnyomása?			
5.	Vannak-e rohamai?			
6.	Van-e vérszegénysége?			
7.	Van-e egyéb fő betegsége?			
8.	Volt-e kórházban vagy volt-e műtété?			
9.	Köhögés vagy nehézlégzése van-e sportolás közben?			
10.	Használ-e inhalátort?			
11.	Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamelyik szerve? (here vagy vese)			
12.	Jelenleg szed-e gyógyszereket előírás alapján?			
13.	Használt-e már bármilyen étrendkiegészítőt vagy vitamint, hogy az segítsen a fogyásban, súlygyarapodásban vagy teljesítményfokozásban?			
14.	Allergiás-e valamire? (szezonális pollen, rovarok, élelmiszer, gyógyszer)			
15.	Volt-e bőrkiütése sportolást követően?			
16.	Van-e valamilyen bőrproblémája az alapvető problémák (pl. pattanás) mellett?			
17.	Volt-e már fejsérülése, eszméletvesztése, emlékezetkiesése?			
18.	Volt-e már bizsergés vagy zsibbadás a karjában/karjaiban, lábában/lábaiban?			
19.	Érzett-e hirtelen jelentkező szúró, égető vagy csípő fájdalmat a karjában?			
20.	Volt-e már valaha rosszulléte a melegben végzett sportolástól?			
21.	Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfertőzése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis)?			
22.	Van-e problémája a szemével, látásával, szemüveg vagy kontaktlencse viselésével?			
23.	Van-e problémája a hallásával, visel hallásjavító készüléket?			
24.	Szeretne-e hízni vagy fogyni a jelenlegi súlyához képest?			
25.	Rendszeresen fogyókúrázik, hogy megfeleljen a sport- vagy más követelményeknek?			
26.	Szokott érezni feszültséget, stresszt vagy depressziót?			
27.	Van-e egyéb téma, amellyel kapcsolatban orvossal kellene konzultálnia?			

Szív- és vérkeringési kórtörténet

1.	Volt már eszméletvesztése testmozgás közben vagy után?			
2.	Szédült-e már testmozgás alatt vagy közben?			

		Igen	Nem	Megjegyzés
3.	Volt-e már mellkasi fájdalma vagy mellkasi nyomása testmozgás közben vagy alatt?			
4.	Könnyen vagy könnyebben elfárad testmozgás közben?			
5.	Volt-e már szapora szívverése vagy olyan, amikor szívritmusa kimaradt?			
6.	Megállapította-e már orvos, hogy szívzöreje van?			
7.	Megállapította-e már orvos, hogy szívnagyobbodása van? A családjában előfordult-e:			
8.	50 év alatti életkorban hirtelen halál, vagy szívbetegség miatti haláleset?			
9.	orvos által diagnosztizált komoly szívprobléma 50 éves kor alatt?			
10.	orvos által diagnosztizált Marfan szindróma?			

Ortopédiai kórtörténet

1.	Volt-e valaha törött csontja?			
2.	Volt-e valaha kimozdult vagy részlegesen kimozdult ízülete?			
3.	Volt-e Önnek problémája a nyakával, gerincével, hátával, vállával, karjaival, kezeivel, ujjjaival, csípőjével, térdével, bokájával, lábával, lábujjaival vagy mással?			

Csak hölgyek töltsék ki

1.	Szabályos a menstruációja?			
2.	Menstruációs időszakban tapasztal-e rendkívüli erős vérzést?			
3.	Mikor volt az első menstruációja? (Év, hónap)			
4.	Mikor volt az utolsó menstruációja? (Év, hónap)			

Egyéb megjegyzések

FIZIKAI VIZSGÁLAT

Név Kor Születési dátum

Kötelezően kitöltendő	Alapadatok	Magasság	<input type="text"/>	Súly	<input type="text"/>	
		Pulzus	<input type="text"/>	Légzés	<input type="text"/>	
		Látás	Bal 20/	Jobb 20/		
		Korrigált?	Igen	Nem	<i>Kérjük egyet jelöljön be</i>	
		Amennyiben igen:	Szemüveg	Kontaktlencse	<i>Kérjük egyet jelöljön be</i>	
				Normális	Abnormális	Megjegyzések
	Különös figyelemmel	Mozgásszervek				
		Csípő (hajlítózom)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nyak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Gerinc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Derék	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Térd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Egyéb	Boka	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Könyök	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Csukló	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kézfej	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Általános	Lábfej	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kardiopulmonáris				
		Pulzus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Szív (EKG)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tüdő		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bőr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hasüreg (ultrahang)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nemi szervek	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Versenyengedély: Megadva Feltételesen megadva Megtagadva

Feltételes versenyengedély esetén feltételek:

Egyéb javaslatok:

Vizsgálóorvos adatai:

Név Telefonszám
 Email Praxis helye
 Aláírás Dátum