

Imię: .....

Nazwisko: .....

Wiek: .....

Data: .....

# ACTIVE

## KOZERKI

### KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

(Prosimy o zaznaczenie poprawnych odpowiedzi.)

1. Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)?

TAK

NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?

TAK

NIE

Jeśli TAK to z jakiego powodu: .....

3. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczysz?

TAK

NIE

Jeśli TAK to na co: .....

4. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki, które mogą mieć wpływ na trening?  
(zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)

TAK

NIE

Jeśli TAK to jakie: .....

5. Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)?

TAK

NIE

Jeśli TAK to na co: .....

6. Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

TAK

NIE

7. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?

TAK

NIE

8. Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

- **choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)

TAK

NIE

- **inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)

TAK

NIE

- **choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenia żył)

TAK

NIE

- **choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, zapalenie oskrzeli)

TAK

NIE

- **choroby układu pokarmowego** (wrzody żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)  
TAK                      NIE
- **choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)  
TAK                      NIE
- **choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)  
TAK                      NIE
- **zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa)  
TAK                      NIE
- **choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)  
TAK                      NIE
- **choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)  
TAK                      NIE
- **choroby układu kostno - stawowego** (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach kości, osteoporoza)  
TAK                      NIE
- **choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do krwawień z nosa)  
TAK                      NIE
- **choroby oczu** (jaskra)  
TAK                      NIE
- **zmiany nastroju** (depresja, nerwica)  
TAK                      NIE

inne dolegliwości,

jakie?-----

9. Czy w przeszłości doświadczył(a) Pan(i) urazów lub kontuzji?

TAK                      NIE

Jeśli TAK to jakich:-----

10. Czy był Pan(i) kiedyś operowany(a)?

TAK                      NIE

Jeśli TAK to z jakiego powodu:-----

---

(podpis klienta)