Ambulancia športovej medicíny
Komenského 2501, 058 01 Poprad
info@sportprehliadky.sk
www.sportprehliadky.sk

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

OSOBNÉ ÚDAJE

Meno a priezvisko: _____	**Dátum narodenia:** _____
Dátum vyšetrenia: _____	**Rodné číslo:** _____
Zdravotná poisťovňa: _____	**Telefónny kontakt:** _____
E-mail: _____	**Bydlisko – adresa:** _____

ŠPORTOVÁ ANAMNÉZA

Športová anamnéza / šport / športový klub

Od kedy a koľko rokov sa venujete uvedenému športu (resp. predchádzajúcim športom)

Počet tréningových hodín za týždeň

RODINNÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza (náhle úmrtie v rodine pri športe alebo pred 40 r. života, srdcovocievne ochorenia, poruchy zrážania krvi, alergie, astma, cukrovka, rakovina a iné chronické ochorenia v rodine)

OSOBNÁ ANAMNÉZA

Osobná anamnéza (epilepsia, alergia, astma, ochorenie srdca, vysoký krvný tlak, vývojové odchýlky, okuliare/kontaktné šošovky, prekonané ochorenia, hospitalizácie a iné)

Ste dispenzarizovaný/-á u odborného lekára? Ak áno, u akého?

Operácie (aké a kedy?)

Úrazy (zlomeniny, otras mozgu a iné poranenia)

Poruchy vedomia / bezvedomie / kolaps v minulosti?

OSOBNÁ ANAMNÉZA - POKRAČOVANIE

Alergie

Lieky (pravidelne aj aktuálne užívané?)

Abusus: cigarety ____ alkohol ____ káva ____ / denne:

_____

Výživové doplnky:

_____

AKTUÁLNY ZDRAVOTNÝ STAV

Covid-19: prekonaný (kedy a koľkokrát):

_____

očkovanie:

_____

Gynekologická anamnéza (u žien: menštr. cyklus od ____ rokov, (ne)pravidelne ___ / ___ dní, antikoncepcia: áno / nie)

Subjektívne ťažkosti aktuálne

PRÍZNAKY OCHORENIA PRED VYŠETRENÍM

Mali ste príznaky ochorenia v posledných dvoch týždňoch?

V prípade príznakov infekčného ochorenia dýchacích ciest (kašeľ, nádcha, bolesti hrdla, zvýšená teplota) alebo infekčného ochorenia tráviaceho systému (hnačka, zvracanie) nie je absolvovanie prehliadky so záťažovým vyšetrením vhodné, preto spoločne po dohode nájdeme náhradný termín.

POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem, že som lekárovi nezatajil(a) žiadne závažné ochorenie a bol(a) som poučený(á) o povahe, dôvode, účele, spôsobe, možných následkoch a rizikách navrhovaného diagnostického vyšetrenia.

Vyhlasujem, že žiadam o telovýchovné / ergometrické / spiroergometrické vyšetrenie mimo verejného zdravotného poistenia na vlastnú žiadosť a bol(a) som oboznámený(á) s cenou vyšetrenia.

Podpis vyšetrovaného / zákonného zástupcu: _____

Dátum: _____

POKYNY PRED LEKÁRSKYM VYŠETRENÍM

- **Na vyšetrenie príďte bez príznakov akútneho ochorenia.**
- 24 hodín pred spiroergometriou/ergometriou netrénovať.
- 48 hodín pred vyšetrením len ľahký aeróbny alebo silový tréning.
- 2 hodiny pred vyšetrením nejesť ťažké jedlo.
- Dodržať dostatočný pitný režim.
- V deň testovania nepožívať kofeínové nápoje ani stimulanty.
- Priniesť športové oblečenie, obuv a uterák.
- Na testovanie prísť bez mejkapu.
- Vhodné priniesť zdravotnú dokumentáciu a odborné nálezy.