



## VPRAŠALNIK V SKLOPU PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA PREGLEDA ŠPORTNIKA

IME IN PRIIMEK	
DATUM ROJSTVA	
STAROST	
SPOL	
NASLOV	
TELEFONSKA ŠTEVILKA, EMAIL	
ŠPORTNA PANOGA	
KLUB	

### SPLOŠNA VPRAŠANJA

Vam je zdravnik kdaj prepovedal trenirati iz kakršnegakoli razloga?	DA	NE	?
Imate diagnosticirano kakšno bolezen?			
(sladkorna bolezen, astma, težave s ščitnico ali drugo kronično bolezen?)	DA	NE	?
Ste imeli kakšno operacijo, četudi majhno (odstranitev mandljev ali slepiča)?	DA	NE	?
Jemljete kakšna zdravila (predpisana ali nepredpisana zdravila)?	DA	NE	?
Ste alergični na zdravila, insekte, hrano, rastline, prah?	DA	NE	?
Se vam kdaj po treningu pojavil izpuščaj ali koprivnica?	DA	NE	?
Ste se cepili proti tetanusu v zadnjih 10. letih? Kdaj? _____	DA	NE	?
Ste se cepili proti ošpicam, rdečkam, hepatitisu A v zadnjih 10. letih? Kdaj? _____	DA	NE	?
So vas trikrat cepili proti hepatitisu (ste prejeli vse tri doze)?	DA	NE	?
Ste izgubili kakšnega izmed organov (ledvica, oko, testis itd.)?	DA	NE	?
Ste v zadnjih 6 mesecih preboleli infekcijsko mononukleozo?	DA	NE	?
Imate izpuščaje ali druge težave s kožo?	DA	NE	?
Se vam med fizično aktivnostjo pogosto pojavljajo krči v mišicah?	DA	NE	?
Težko zaspate?	DA	NE	?
Imate dober apetit?	DA	NE	?
Napredujete po pričakovanjih?	DA	NE	?
Kadite v kakršnikoli obliki? Od kdaj? _____ Koliko? _____	DA	NE	?
Pijete alkohol in če da, kako pogosto? _____	DA	NE	?
Ste kdaj uporabili kokain, marihuano ali druge ulične droge?	DA	NE	?

### DRUŽINSKA ANAMNEZA

Je kakšen družinski član ali sorodnik umrl pred 50. letom?	DA	NE	?
Ima kdo v vaši družini diagnosticirano hipertrofično kardiomiopatijo, Marfanov sindrom, sindrom dolge ali kratke dobe QTc, kardiomiopatijo desnega prekata, sindrom Burgada (podčrtajte)?	DA	NE	?
Ali kdo v vaši družini nepojasnjeno pada v nezavest ali ima epileptične napade?	DA	NE	?
Ima kdo v družini diagnosticirano sladkorno bolezen?	DA	NE	?
Je kdo v družini doživel možgansko kap pred 40. letom starosti?	DA	NE	?
Je v družini prisotna kakšna krvna bolezen?	DA	NE	?
Ali kdo v vaši družini uživa kokain, alkohol, marihuano ali druge droge in je že potreboval pomoč pri opuščanju teh razvad?	DA	NE	?

**GLAVA, VRAT IN HRBTENICA**

Ste kdaj imeli poškodbo glave?	DA	NE	?
Ste doživeli pretres možganov ali padli v nezavest?	DA	NE	?
Ste kdaj dobili udarec v glavo, katerega posledica je bil dolgotrajen glavobol ali težave s spominom?	DA	NE	?
Ste kdaj imeli epileptične napade?	DA	NE	?
Imate kdaj glavobole med telesno aktivnostjo ali dvigovanjem uteži?	DA	NE	?
Ste kdaj čutili mravljinice v rokah po trku z drugim igralcem?	DA	NE	?

**ČUTILA**

Imate težave z očmi ali vidom?	DA	NE	?
Nosite očala, kontaktne leče ali zaščitno oči med telesno aktivnostjo?	DA	NE	?
Ste kdaj utrpeli poškodbo oči?	DA	NE	?
Imate težave z ušesi ali sluhom?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj poškodbo ušes?	DA	NE	?

**SRCE**

Ste med ali po telesni aktivnosti kdaj občutili vrtoglavico ali izgubili zavest?	DA	NE	?
Ste se kdaj počutili nelagodno, imeli bolečino, pritisk ali občutek stiskanja v prsih med ali po telesni aktivnosti?	DA	NE	?
Ste med telesno aktivnostjo prej utrujeni kot vaši sovrstniki?	DA	NE	?
Se počutite oslabiljenega ali težko dihate med telesno aktivnostjo?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj občutek nepravilnega ali hitrega bitja srca med in po aktivnosti?	DA	NE	?
Imate povišan krvni tlak ali holesterol?	DA	NE	?
Ste bili kdaj na EKG-ju (snemanje srčnega ritma)? Je bil normalen?	DA	NE	?
Vam je kdo kdaj rekel, da imate šum na srcu?	DA	NE	?
Dobite kdaj napad mišičnih krčev oz. ste slabotni med treningom na soncu?	DA	NE	?
Ste že kdaj doživeli nepojasnen epileptični napad?	DA	NE	?

**DIHALA**

Imate astmo?	DA	NE	?
Kašljate, kihate ali imate težave z dihanjem med in po telesni aktivnosti?	DA	NE	?
Vas kdaj stiska v prsih med telesno aktivnostjo?	DA	NE	?
Ste kdaj uporabljali inhalator ali zdravila proti astmi?	DA	NE	?

**PREBAVILA**

Ste kdaj opazili kri v blatu?	DA	NE	?
Ste kdaj opazili, da je vaše blato bolj temne – črne barve?	DA	NE	?
Ste bili kdaj zaprti oz. ste kdaj odvajali tekoče blato?	DA	NE	?

**SEČILA**

Imate težave z odvajanjem vode?	DA	NE	?
Ste kdaj opazili, da je bila v urinu kri ali da je bil urin bolj temne barve?	DA	NE	?

**GIBALNI APARAT**

Ste imeli kdaj poškodbo kot npr. zvin, natrganje mišic ali ligamenov, tendinozo in ste zaradi tega izpustili trening ali tekmo?	DA	NE	?
Ste si kdaj zlomili ali izpahnilo katero izmed kosti?	DA	NE	?
Redno uporabljate ortotične pripomočke?	DA	NE	?



Vas katera izmed mišičnih, sklepnih ali kostnih poškodb moti?	DA	NE	?
Vas kateri izmed sklepov boli, oteka, je pordel in topel?	DA	NE	?
Imate težave z juvenilnim artritismom ali boleznijo vezivnega tkiva?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj bolečine ali poškodbo rame?	DA	NE	?
Ste kdaj utrpeli izpah rame?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj bolečine v zgornjem ali spodnjem delu hrbta?	DA	NE	?
Imate hernijo, bolečine v medenici ali bolečine v dimljah?	DA	NE	?
Vam je kdaj otekalo koleno ali vas bolelo?	DA	NE	?
Ste do sedaj imeli zvin gležnja, oteklino gležnja ali slabšo stabilnost v gležnju?	DA	NE	?
Imate bolečino v stopalu oz. imate plosko stopalo?	DA	NE	?
Ali med treningom uporabljate trakove?	DA	NE	?
Ste utrpeli stresni zlom?	DA	NE	?
So vam kdaj postavili diagnozo osteopenije ali osteoporoze?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj poškodbo, ki je zahtevala RTG, MRI, injekcije, operacijo, rehabilitacijo, fizioterapijo ali uporabo ortopedskih pripomočkov?	DA	NE	?

**PREHRANA**

Vam telesna masa v zadnjem letu niha (+/- 5 kg)?	DA	NE	?
Imate kakšno dieto oz. ste vegetarijanec?	DA	NE	?
Imate intoleranco na glukozo ali laktozo?	DA	NE	?
Redno izgubljate kilograme za potrebe športne panoge?	DA	NE	?
Bi si želeli imeti več ali manj kilogramov?	DA	NE	?
Vas vaša telesna masa moti?	DA	NE	?
Zaužijete manj hrane zaradi skrbi glede vaše telesne mase?	DA	NE	?
Ste imeli kdaj anoreksijo, bulimijo ali katero drugo prehransko motnjo?	DA	NE	?
Ste uporabili bruhanje, dietne tablete, savno, diuretike itd. za nadzor telesne mase?	DA	NE	?
Jemljete kakšna prehranska dopolnila?	DA	NE	?

**SAMO ZA ŽENSKE**

Ste že dobila menstruacijo? Pri katerih letih? _____	DA	NE	?
So vaše menstruacije boleče?	DA	NE	?
Jemljete kakšna zdravila med menstruacijo?	DA	NE	?
Uporabljate kontracepcijo? Če da, kakšno _____	DA	NE	?
Ste imela kdaj težave s prsmi?	DA	NE	?
Ste imela ginekološki pregled v zadnjem letu?	DA	NE	?
Kdaj je bil prvi dan zadnje menstruacije? _____			
Koliko menstruacij ste imela v zadnjih 12. mesecih? _____			

**RAZLOŽITE ODGOVORE NA VPRAŠANJA, KJER STE OBKROŽILI DA**


---



---



---



---