

**Nimi:** \_\_\_\_\_ **Sugu:** M  N  **Vanus:** \_\_\_\_\_

**Isikukood:** \_\_\_\_\_ **Address:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-post:** \_\_\_\_\_

**Spordikool/klubi:** \_\_\_\_\_ **Treener(id):** \_\_\_\_\_

**Spordiala(d):** \_\_\_\_\_

**Treeningkoormus:** \_\_\_\_\_ korda nädalas, a' \_\_\_\_\_ tundi. **Võistlusi kuus** \_\_\_\_\_ korda.

**Millal ja kus toimus eelmine spordimeditsiiniline terviseuring:** \_\_\_\_\_

**Ravimid:** palun nimetage kõik retsepti- või käsimüügiravimid ja toidulisandid mida Te käesoleval ajal tarvitate:

**Palun märkige vastav ruut („jah“ või „ei“) ning selgitage oma „jah“- vastuseid selgituste real.**

**Palun tõmmake ring ümber nende küsimuste numbrit, millele te ei oska vastata.**

Üldised küsimused	Jah	Ei
1. Kas Teil on mõni mure, mille üle tahaksite arstiga nõu pidada?		
2. Kas arst on Teil kunagi mingil põhjusel piiranud või keelanud sportimist?		
3. Kas põete mõnda kroonilist haigust (nt diabeet, astma, aneemia, hepatiit vms)?		
4. Kas olete sündinud ilma ühe neeru, silma, munandi (mehed) või mõne muu organita, või on Teil mõni organ eemaldatud?		
5. Kas olete viibinud haiglaravil?		
6. Kas Teid on opereeritud?		
<b>Selgitus:</b>		
Südametervise küsimused Teie kohta	Jah	Ei
7. Kas olete sportimise ajal või pärast sportimist minestanud või olnud minestuse äärel?		
8. Kas olete sportimise ajal tundnud ebamugavustunnet, valu või pingetunnet rinnus?		
9. Kas Teil on sportimise ajal esinenud südame rütmihäireid (nt südamepekslemine, süda on jätnud lööke vahele vms)?		
10. Kas arst on öelnud, et Teil on probleeme südamega? Kui jah, siis märkige: <input type="checkbox"/> kõrge vererõhk <input type="checkbox"/> südamekahin <input type="checkbox"/> kõrge kolesteroolitase <input type="checkbox"/> müokardiit <input type="checkbox"/> kaasasündinud südamehaigus <input type="checkbox"/> muu: _____		
11. Kas arst on Teid kunagi suunanud südameuringutele (nt EKG, ehhokardiograafia)?		
12. Kas Te väsite oluliselt kiiremini või esineb hingeldust rohkem kui treeningkaaslastel?		
<b>Selgitus:</b>		
Südametervise küsimused Teie perekonna kohta	Jah	Ei
13. Kas kellelgi Teie pereliikmetest või sugulastest on enne 50. eluaastat esinenud südamelihase infarkti, ajuinsulti, südamega seotud surmajuhtumeid, äkksurmajuhtumeid või elustamist südame seiskumise tõttu?		
14. Kas kellelgi Teie perekonnas esineb kaasasündinud probleeme südamega, on paigaldatud südamestimulaator või implanteeritud defibrillaator?		
15. Kas kellelgi Teie perekonnas on esinenud ebaselge põhjusega minestamine, krambid või uppumine?		
<b>Selgitus:</b>		

<b>Küsimused tugi-liikumiselundkonna kohta</b>	<b>Jah</b>	<b>Ei</b>
16. Kas Teil on viimasel aastal esinenud luude, lihaste, sidemete või kõõluste vigastusi, mille tõttu olete puudunud treeningult või võistlustelt?		
17. Kas Teil on esinenud luumurde (-mõrasid), väsimusmurde või liigeste nihestusi?		
18. Kas Teile on vigastuse tõttu tehtud röntgenülesvõtteid, MRT- või CT- uuringuid, süsteid, operatsioone; olete kasutanud lahast, ortoosi, karke?		
19. Kas Te kasutate regulaarselt ortoosi (tugisidet) või mõnda muud tugivahendit?		
20. Kas Teil on luu, lihase või liigese vigastus, mis Teid häirib?		
21. Kas mõni Teile liiges valutab, kuumab, on paistes või punetab?		
22. Kas arst on Teile öelnud, et teil on liigesepõletik või sidekoehaigus?		
<b>Selgitus:</b>		
<b>Küsimused üldise tervisliku seisundi kohta</b>	<b>Jah</b>	<b>Ei</b>
23. Kas Teil esineb <u>sportimise ajal</u> kõha, aevastamist, hingamisraskust või õhupuudust?		
24. Kas Te olete kunagi kasutanud inhalaatorit või astmaravimeid?		
25. Kas kellelgi Teile perekonnas on astma?		
26. Kas Teil esineb allergiat ravimitele, õietolmule, toidule, putukatele vms?		
27. Kas Teil esineb kubemevalu või valulik moodustis või song kubemepiirkonnas?		
28. Kas Te olete viimase aasta jooksul põdenud nakkuslikku mononukleoosi?		
29. Kas Teil esineb nahahaigusi?		
30. Kas Te olete saanud lööke pea piirkonda (peatraumasid), mille tulemusena on teadvus hägustunud või on esinenud mälukaotus?		
31. Kas Teil on esinenud krambihoo/krampidega kulgevaid haigusi?		
32. Kas Teil on <u>sportimise ajal</u> esinenud peavalu?		
33. Kas pärast lööke või kukkumist on Teil esinenud üle 24 tunni kestnud tuimus- või nõrkustunnet kätes või jalgades või võimetust käsi-jalgu liigutada?		
34. Kas Teil on palava ilmaga <u>sportides</u> tekkinud halb enesetunne?		
35. Kas Teil esineb <u>sportimise ajal</u> sageli lihaskrampe?		
36. Kas Teil või Teile pereliikmel esineb aneemia või muu verehaigus?		
37. Kas Teil on esinenud probleeme nägemisega või silmavigastusi?		
38. Kas Te kannate sportimise ajal prille või kontaktläätsi?		
39. Kas Te olete rahul oma kehakaaluga?		
40. Kas Te püüate või on keegi Teile soovitanud oma kaalu langetada või tõsta?		
41. Kas Te olete eridieedil või väldite teatud toite?		
42. Kas Teil on esinenud söömishäire?		
<b>Selgitus:</b>		
<b>AINULT NAISTELE</b>	<b>Jah</b>	<b>Ei</b>
- kas Teil esinevad menstruatsioonid?		
- kas menstruatsioon esineb igakuiselt?		
- mis vanuses esines Teil esimene menstruatsioon?		

**Kinnitan, et olen vastanud kõikidele küsimustele ausalt.**

Olen nõus mulle/minu lapsele osutatava tervishoiuteenusega.

Kuupäev: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sportlase allkiri \_\_\_\_\_ Vanema/hooldaja nimi ja allkiri \_\_\_\_\_