

**DOTAZNÍK**  
**PREVENTIVNÍ SPORTOVNÍ PROHLÍDKA**  
**DÍVKY / ŽENY**

**Příjmení a jméno:** .....

**Rodné číslo:** .....

**Adresa:** ..... **PSČ:** .....

**Telefon (u sportovců do 18 let telefon rodičů):** .....

**Zdravotní pojišťovna:** ..... **Datum vyplnění formuláře:** .....

**Důvod prohlídky (pravidelná prohlídka sportovce, přijetí na vysokou školu.....):**  
.....

**Druh sportu či vysoké školy (dle účelu prohlídky):**  
.....

**Název oddílu:** ..... **Jméno trenéra:** .....

**Pracovní anamnéza:**

Pracující (druh zaměstnání), student či žák (základní, střední či vysoká škola – druh, ročník či třída):  
.....

**Rodinná anamnéza sportovce:**

Má nebo měl někdo v rodině následující onemocnění? Uveďte kdo.

- |   |          |       |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> vysoký tlak                | ano - ne | ..... |
| <input type="checkbox"/> cukrovka                   | ano - ne | ..... |
| <input type="checkbox"/> ischemická choroba srdeční | ano - ne | ..... |
| <input type="checkbox"/> srdeční vada               | ano - ne | ..... |
| <input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda      | ano - ne | ..... |

Zemřel někdo v rodině náhlou smrtí před 50. rokem věku? ano - ne

Měl někdo v rodině před 50. rokem věku opakované stavy bezvědomí? ano - ne

Měl někdo v rodině před 50. rokem věku záchvatovité stavy křečí? ano - ne

Topil se někdo v rodině před 50. rokem věku během plavání? ano - ne

Trpěl někdo v rodině před 50. rokem věku závažnou poruchou srdečního rytmu (arytmií)? ano - ne

Onemocněl někdo v rodině před 50. rokem věku tak, že musel podstoupit operaci srdce? ano - ne

Má někdo v rodině voperován kardiostimulátor nebo defibrilátor? ano - ne

Měl někdo v rodině před 50. rokem věku nevysvětlitelnou autonehodu? ano - ne

Má někdo v rodině Marfanův syndrom? ano - ne

Zemřelo někomu v rodině náhlou smrtí dítě? ano - ne

**Osobní anamnéza:**

Jaká onemocnění jste prodělala?

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Opakované angíny                  | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> Záněty středního ucha             | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> Infekční žloutenka                | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> Infekční mononukleosa             | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> Boreliosa                         | ano - ne |
| <input type="checkbox"/> Záněty dýchacích cest nebo asthma | ano - ne |

- Omdlela jste někdy během cvičení? ano - ne
- Měla jste někdy pocit svírání na hrudi během cvičení či běhu? ano - ne
- Měla jste někdy pocit svírání na hrudi, který by zhoršoval váš sportovní výkon? ano - ne
- Měla jste někdy křeče? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte epilepsii? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte vysoký krevní tlak? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte vysoký obsah cholesterolu v krvi? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte vysoký obsah cukru v krvi? ano - ne
- Máte obtíže s dýcháním nebo záchvaty kašle během sportovní činnosti či po ní? ano - ne
- Cítila jste někdy náhlé bušení srdce nebo nepravidelnost tepu? ano - ne
- Unavíte se rychleji při sportu než vaši soupeři či spoluhráči? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte poruchu srdeční činnosti (arytmii)? ano - ne
- Bylo vám někdy řečeno, že máte šelest na srdci? ano - ne
- Měla jste někdy jakékoli jiné problémy se srdcem? ano - ne
- Jaké? .....
- Měla jste během minulého měsíce závažné virové či bakteriální onemocnění? ano - ne
- Jaké (např. myokarditida, mononukleosa..)? .....
- Bylo vám někdy řečeno, že máte revmatickou horečku? ano - ne
- Máte alergie? ano - ne
- Jaké? .....
- Berete v současné době nějaké léky? ano - ne
- Jaké? .....
- Brala jste dlouhodobě nějaké léky během posledních dvou let? ano - ne
- Jaké? .....
- Prodělala jste nějaké operace? ano - ne
- Jaké a v kterém roce? .....
- .....
- .....
- Utrpěla jste závažnější úraz? ano - ne
- Jaký a v kterém roce? .....
- .....
- .....
- Doporučil vám někdy někdo, abyste ze zdravotních důvodů zanechala sportu? ano - ne
- Z jakého důvodu? .....
- Pijete pravidelně kávu? ano - ne
- Konzumujete alkohol? ano - ne
- Kouříte? ano - ne
- Užíváte analgetika? ano - ne
- Užíváte drogy? ano - ne

#### Gynekologická anamnéza:

- Od kolika let máte menzes? .....
- Jak silné krvácení máte (slabé – přiměřené – silné)? .....
- Je váš cyklus pravidelný? ano - ne

#### Případné doplňující údaje:

.....

.....

#### Pozn.:

Poskytnuté údaje se stanou součástí zdravotní dokumentace sportovce.  
 Pokud jste v péči interní či kardiologické ambulance, přineste s sebou kopii odborného nálezu.  
 Na vyšetření doporučujeme vzít si čistou sportovní obuv a ručník.

MUDr. Jaroslav Dobrovolný  
 sportovní lékař  
 mobil 605 118 006  
 Kollárova 28, 568 02 Svitavy

.....  
 podpis sportovce (rodičů)