



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 zaspite?	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 zaščito 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 osteoporozе?	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 izgublajte 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
