



Имя: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_ Персональный код : \_\_\_\_\_

Школа/сп. клуб: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Вид(ы) спорта: \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_ Семейный врач: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильн. телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Пожалуйста обведите круг вокруг номеров вопросов , на которые не умеете ответить.** Да Нет  
**Пожалуйста поясните свои положительные (да) ответы в конце анкеты:**

1. Врач когда-нибудь запрещал или ограничивал по какой-то причине занятия спортом?
2. Вы болеете на данный момент каким-то хроническим заболеванием ( напр. астмой, диабетом)?
3. Вы принимаете сейчас какие-то рецептурные лекарства или аптечные препараты свободной продажи?
4. У вас наблюдается аллергия на лекарства , цветочную пыльцу, укусы насекомых, пищевая аллергия?
5. Вы когда-нибудь во время тренировки падали в обморок или были на грани обморочного состояния?
6. Вы когда-нибудь после тренировки падали в обморок или были на грани обморочного состояния?
7. Вы когда-нибудь во время тренировки имели чувство напряжения, неприятности или боль в груди?
8. У вас наблюдалось во время тренировки сердцебиение, пропуски сердечных ударов и другие нарушения ритма?
9. Врач когда-нибудь вам говорил, что у вас
 

<input type="checkbox"/> повышенное давление	<input type="checkbox"/> шум сердечных тонов
<input type="checkbox"/> повышенное содержание холестерина в крови	<input type="checkbox"/> воспаление сердечной мышцы или миокардит, перикардит
10. Врач когда-нибудь направлял вас на обследования сердца (напр.ЭКГ, эхокардиография)?
11. У вас в семье кто-нибудь когда-нибудь умер по неизвестной причине?
12. У кого-то в вашей семье есть проблемы с сердцем?
13. У кого-то из членов вашей семьи или родственников наблюдались случаи смерти, связанные с болезнью сердца до 50 лет , или случаи внезапной смерти до 50 лет?
14. У кого-то из членов вашей семьи диагностирован синдром Марфани?
15. Были ли вы когда-нибудь на лечении в больнице?
16. Были ли у вас когда-нибудь операции?
17. Были ли у вас когда-нибудь повреждения, как растяжения, разрыв мышц или связок, воспаления сухожилий, которые бы препятствовали вашему участию в тренировках или соревнованиях? Если да, то отметьте в нижерасположенной таблице соответствующее место

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч.спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедренный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностопный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

18. Были ли у вас когда-нибудь переломы или трещины костей, или растяжения связок ? Если да, то отметьте в нижерасположенной таблице соответствующее место

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч.спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедренный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностопный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

19. Были ли у вас когда-нибудь повреждения костей или суставов, по поводу которых были проведены дополнительные обследования (рентген-, магниторезонанс-, компьютер-), операции, внутрисуставные уколы, реабилитация и физиотерапия? Накладывали ли вам гипс? Использовали ли вы ортоз ( защитная



повязка ) или костыли при ходьбе ? Если да , то отметь в ниже расположенной таблице соответствующее место :

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч. спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедрен-ный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/ передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностоп-ный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

- |   |                          | Да                       | Нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Говорили ли вам когда-нибудь , что вам необходим рентген-снимок с шеи из-за нестабильности шейного отдела позвоночника?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Используете ли вы постоянно ортоз ( защитная повязка ) или какое-то другое средство защиты?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Говорил ли вам когда-нибудь врач о том, что у вас астма или аллергия?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Наблюдается ли у вас во время тренировки кашель, одышка или затрудненное дыхание?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Есть ли у кого-то в вашей семье астма?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Использовали ли вы когда-нибудь ингалятор или лекарства против астмы?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Родились ли вы без одной почки , глаза , яичка или какого-то другого органа или у вас какой-то орган удален ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Болели ли вы в течении последнего месяца инфекционным мононуклеозом?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Были ли у вас высыпания , пролежни или другие проблемы с кожей?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Был ли у вас герпес?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Были ли у вас ушибы или повреждения головы?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Получали ли удары по голове , в результате которых мутнело сознание или наблюдалась потеря памяти?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Были ли у вас когда-нибудь судороги?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Бывает ли во время тренировки головная боль?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Наблюдается ли у вас нарушение чувствительности, зуд, чувство слабости в руках, ногах после падения?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Было ли у вас после удара или падения трудно двигать рукой или ногой?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Проходили ли у вас тренировки в жаркую погоду, в результате чего у вас возникали проблемы со здоровьем, мышечные судороги ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Говорил ли врач вам или кому-то из вашей семьи, что у вас (или у кого-то другого ) наблюдается серповидная анемия?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Были ли у вас когда-нибудь проблемы с глазами или зрением?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Носите вы очки или контактные линзы?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Используете ли вы средства защиты глаз (защитные очки, защитная маска лица)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Вы довольны своим весом?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Пробовали ли вы свой вес увеличить или уменьшить?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Советовал ли кто-то вам изменить ваш вес или привычки питания?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Следите ли вы усердно за тем, что вы едите?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Есть ли у вас какая-нибудь проблема, о которой бы вы хотели посоветоваться с врачом?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ТОЛЬКО ЖЕНЩИНЕ</b>   |                          |                          |                          |
| 46. Наблюдается ли у вас менструация?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. С какого возраста началась первая менструация? _____  |                          |                          |                          |
| 48. Продолжительность менструального цикла / периодичность цикла? _____   |                          |                          |                          |

Пожалуйста поясните здесь свои положительные (да) ответы :

---



---



---



---

Когда и где был последнее обследование здоровья у спортивного врача? \_\_\_\_\_

Количество тренировочных часов (= 60 min) в неделю ( без уроков физкультуры ): \_\_\_\_\_

Собственноручно подтверждаю , что правильно ответил(а) на все вопросы. Число \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Подпись спортсмена \_\_\_\_\_ Имя и подпись родителя/ опекуна \_\_\_\_\_