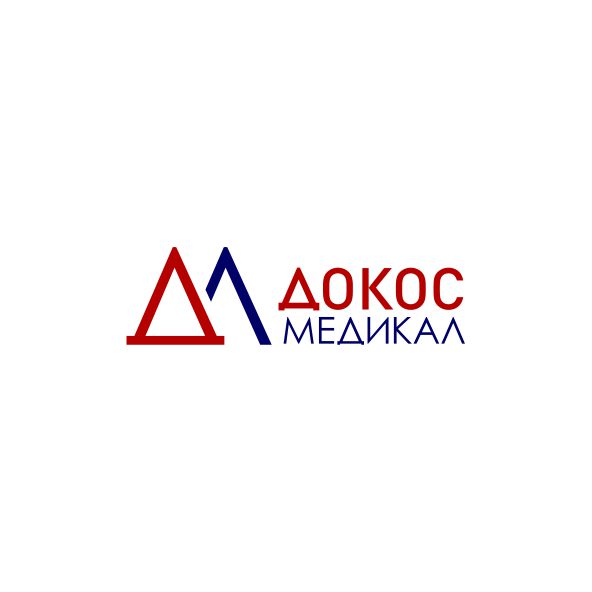
****

**Медична клініка «Докос медікал»**

*02094, м. Київ, вул. Попудренка, 52;*

*тел.: (067) 691-79-51; (063) 468-75-88; (050) 412-62-12; (044) 333-64-51*

*E-mail: info@docosmedical.com*

**Анкета спортсмена**

**Анкета спортсмена**

**(заповнюється особисто спортсменом напередодні навантажувального тесту)**

|  |
| --- |
| Прізвище, ім’я, по-батькові |
| Число, місяць, рік народження |
| Вид спорту |
| Стаж активних занять спортом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_років |
| Загальний фізкультурний стаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_років |
| Максимальні досягнення |
| Перенесені травми □ ні □ так (перерахуйте, які саме) |
| Перенесені хірургічні втручання |
| Наявність хронічних захворювань (будь-яких) □ ні □ так |
| Чи є ліки, які слід приймати постійно? □ ні □ так (перерахуйте, які саме) |
| Чи виникає інколи біль в грудях? □ ні □ так |
| Якщо «так», то чи пов’язаний цей біль з фізичним навантаженням? |
| Чи знайоме Вам відчуття задухи? □ ні □ так |
| Якщо «так», то коли воно виникає? |
| Чи бувають у Вас перебої в роботі серця? (б’ється нерівно, неритмічно, відчуття завмирання) □ ні □ так |
| Чи бували у Вас запаморочення? □ ні □ так |
| Якщо так, то з чим це було пов’язане? |
| Чи знайоме Вам відчуття головокружіння? (це коли Вам здається, що предмети їдуть відносно Вас в якийсь бік) □ ні □ так |
| Чи були в Вашій родині випадки раптової смерті в молодому віці? □ ні □ так |
| Чи доводилось Вам приймати будь-які фармакологічні засоби протягом занять спортом? □ ні □ так (перерахуйте, які саме) |

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**