

Jméno a příjmení: Rodné číslo:
 Bydliště (ulice, město, PSČ):
 Sport, oddíl (klub):

Rodinná anamnéza

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
• záchvatovité stavy křečí?	ANO	NE
• stavy tonutí nebo se topil při plavání?	ANO	NE
• nevysvětlenou autonehodu?	ANO	NE
• transplantaci srdce?	ANO	NE
• voperován kardiostimulátor nebo defibrilátor (ICD)?	ANO	NE
• závažnou arytmií?	ANO	NE
• operaci srdce?	ANO	NE
Zemřelo někomu v rodině náhlou smrtí dítě (syndrom náhlého úmrtí kojence)?	ANO	NE
Má nebo měl někdo v rodině Marfanův syndrom?	ANO	NE

Osobní anamnéza

Zkolaboval/a jste někdy nebo omdlel/a během cvičení?	ANO	NE
Měl/a jste někdy pocit svírání na hrudi?	ANO	NE
Vyvolal u vás někdy běh svírání na hrudi?	ANO	NE
Měl/a jste někdy pocit svírání na hrudi, kašle a pískání zhoršující váš výkon?	ANO	NE
Léčil/a jste se někdy pro astma?	ANO	NE
Měl/a jste někdy záchvat s křečemi?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte epilepsii?	ANO	NE
Doporučil vám někdy někdo, abyste ze zdravotních důvodů zanechal/a sportu?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte vysoký krevní tlak?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte vysokou hladinu cholesterolu v krvi?	ANO	NE
Máte obtíže s dýcháním nebo záchvaty kašle během nebo po sportovní činnosti?	ANO	NE
Měl/a jste někdy při nebo po sportu motání hlavy (závrat)?	ANO	NE
Bolelo vás někdy na hrudi při nebo po sportu?	ANO	NE
Cítil/a jste někdy náhlé bušení srdce nebo nepravidelnost (výpadky) tepu?	ANO	NE
Unavíte se při sportu podstatně rychleji než vaši soupeři či spoluhráči?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte šelest na srdci?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte srdeční arytmií?	ANO	NE
Měl/a jste někdy jakékoliv problémy se srdcem?	ANO	NE
Měl/a jste během minulého měsíce závažné virové onemocnění (např. myokarditida, infekční mononukleosa, těžká chřipka)?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte revmatickou horečku?	ANO	NE
Máte na něco alergii?	ANO	NE
Berete v současné době nějaké léky?	ANO	NE
Bral/a jste dlouhodobě nějaké léky během posledních dvou let?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte cukrovku?	ANO	NE
Byl/a nebo jste dlouhodobě sledován/a lékařem specialistou (např. kardiolog...)?	ANO	NE
Utrpěl/a jste nějaký závažný úraz?	ANO	NE
Měl/a jste někdy poranění mozku nebo otřes mozku?	ANO	NE

Prohlašuji, že výše uvedené skutečnosti jsou pravdivé a že jsem nic nezamlčel/a.

(Datum a podpis)