**(FORM-1)**

**SPORA KATILIM MUAYENESİ ÖYKÜ FORMU**

1. **Adı-Soyadı:**
2. **Cinsiyet:**
3. **Yaş:**
4. **Sigara kullanıyor musunuz?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Allerjiniz var mı? Evet ise neye karşı olduğunu (polen/toz/arı sokması/penisilin vb.) belirtiniz.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Takip ettiğiniz özel bir diyet (protein, vejeteryan, vegan, vb.) var mı?**

**Evet ise belirtiniz.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Düzenli olarak kullandığınız ilaç ya da destek ürün var mı? Var ise belirtiniz.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Daha önce spor yaralanması geçirdiniz mi? Geçirdiyseniz tanınızı (kırık, çıkık, kas yırtılması, menisküs veya bağ yaralanması, vb.) ve tedavinizi (ameliyat, alçı, fizik tedavi, ilaç, istirahat, vb.) belirtiniz.**

Evet ☐

Tanı: …………………………………………………………………

Tedavi: …………………………………………………………….

Hayır ☐

1. **Kronik (süreğen) bir hastalığınız var mı? Var ise açıklayınız.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Daha önce ameliyat oldunuz mu? Olduysanız nedenini ve kaç yıl önce olduğunuzu açıklayınız.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Daha önce hastanede yattınız mı? Yattıysanız hangi nedenle, kaç gün, kaç yıl önce olduğunu açıklayınız.**

Evet ☐ ………………………………………………..

Hayır ☐

1. **Antrenman sırasında veya sonrasında hiç başınız döndü mü?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Antrenman sırasında veya sonrasında hiç bayıldınız mı?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Antrenman sırasında veya sonrasında göğüs ağrınız oldu mu?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Antrenman sırasında arkadaşlarınızdan daha çabuk yorulur musunuz?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Yüksek tansiyonunuz olduğu söylendi mi?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Daha önce bir doktor tarafından kalbinizden farklı bir ses duyulduğu söylendi mi?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **İstirahat halinde iken (dinlenirken) kalbinizin normalden farklı veya hızlı attığını fark ettiniz mi?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Ailenizde 50 yaşından önce kalp hastalığından (kalp krizi gibi) veya aniden ölen oldu mu?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Daha önce nöbet (epilepsi/sara nöbeti, vb.) geçirdiniz mi?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Normal tempoda koşarken veya egzersiz sırasında, göğüs ağrısı veya nefes darlığı nedeniyle antrenmanı bırakmanız gerekti mi?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **İştahsızlık veya kilo alamama yakınmanız var mı?**

Evet ☐

Hayır ☐

1. **Aşağıdaki sorular *kadın sporcular* için doldurulacaktır\***

Adet görüyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

Adetleriniz düzenli mi? Evet ☐ Hayır ☐

Düzenli ise; Kaç günde bir adet görüyorsunuz?……… Kaç gün sürüyor?..……

Adetleriniz ağrılı mı? Evet ☐ Hayır ☐

Aşırı veya az adet kanamanız var mı? Evet ☐ Hayır ☐

En yoğun gününüzde günde kaç ped değiştirmeniz gerekir? …………

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik / yanlış verdiğim bilgilerden dolayı sağlığım ile ilgili gelişebilecek problemlerin sorumluluğu bana aittir.

**Başvuru Sahibi veya Yasal Temsilcisinin;**

**Adı Soyadı: Tarih:**

**İmzası:**

Not: Sağlık durumunuzun değerlendirilmesi sonucu gerek duyulursa bazı tetkikler istenebilir veya ilgili

branşlardan doktorların muayenesi için başka bölümlere gönderilebilirsiniz.

Bu form, sağlık raporlarının düzenlenmesine ilişkin genel beyan formu olup yaşa ve cinsiyete özel durumları kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Formda yer alan kişisel ve sağlık bilgilerinizin gizliliği ve mahremiyeti esas olup kayıt altına alınan bu bilgiler, ilgili mevzuatla izin verilen haller dışında veya kişilerin açıkça rızası olmaksızın, kurum, kuruluş ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.