



LEKÁRSKA HISTÓRIA - VYPLŇA TRÉNER/ RODIČ / UČITEĽ

ZAKLADNE UDAJE ŠPORTOVCA:

Krstné meno:	<input type="text"/>	Pohlavie (muž/žena)	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>

DIAGNOZA MENTALNEHO POSTIHNUTIA: (označte X v okienku pri výskyte)

AUTIZMUS	<input type="checkbox"/>	DOWNOV SYNDRÓM	<input type="checkbox"/>
MOZGOVÁ OBRNA	<input type="checkbox"/>		
INÁ DIAGNÓZA (špecifikujte presný názov)	<input type="text"/>		

ALERGIE A STRAVOVACIE OBMEDZENIA: (označte X v okienku pri výskyte)

BEZ ALERGIÍ	<input type="checkbox"/>	ALERGIA NA HMYZ	<input type="checkbox"/>
LATEX	<input type="checkbox"/>	STRAVA	aká: <input type="text"/>
LIEKY	<input type="checkbox"/>	Zoznam špeciálnych požiadaviek na stravu:	<input type="text"/>
aké:	<input type="text"/>		

POMOCNE ZARIADENIA - označte ak športovec potrebuje pri športovaní

STROJČEK NA ZUBY	<input type="checkbox"/>	BARLE	<input type="checkbox"/>
OKULIARE/ KONTAKTNÉ ŠOŠOVKY	<input type="checkbox"/>	KOMUNIKAČNÉ ZARIADENIE	<input type="checkbox"/>
IMPLANTOVANÉ PRÍSTROJE	<input type="checkbox"/>	NAČŮVACÍ PRÍSTROJ	<input type="checkbox"/>
PROTÉZY	<input type="checkbox"/>	STROJČEK NA SRDCE	<input type="checkbox"/>
ZUBNÁ PROTÉZA	<input type="checkbox"/>	INHALÁTOR	<input type="checkbox"/>

VYMENUJTE VŠETKY ŠPORTY, V KTORÝCH SA ŠPORTOVEC CHCE ZÚČASTNOVAŤ SŤAŽI

ZAKÁZAL NIEKEDY DOKTOR ŠPORTOVCOVI SŤAŽIŤ?

ÁNO NIE

AK ÁNO, UVEĎTE PREČO:

OPERÁCIE, INFEKcie, OČKOVANIA

VYPÍŠTE VŠETKY OPERÁCIE:

MÁ ŠPORTOVEC CHRONICKÚ INFEKCIU?

ÁNO NIE

AK ÁNO, UVEĎTE PREČO:

MAL ŠPORTOVEC ABNORMÁLNE EKG ALEBO ECHO SRDCA? (označte ak áno a ktoré)

EKG ECHO

AK ÁNO, UVEĎTE PREČO:

BOL ŠPORTOVEC ZAOČKOVANÝ PROTI TETANUSU ZA POSLEDNÝCH 7 ROKOV?

ÁNO NIE

MENO A PRIEZVISKO ŠPORTOVCA: _____

**Special
Olympics
Slovakia**



LEKÁRSKA HISTÓRIA - VYPLŇA TRÉNER/ RODIČ / UČITEĽ

EPILEPSIA A/ALEBO HISTÓRIA ZACHVATOV

MÁ ŠPORTOVEC EPILEPSIU lebo iný druh záchvatov?

ÁNO NIE

Ak áno, aký typ a kedy bol posledný záchvat:

MENTALNE ZDRAVIE

SEBA UBLIŽOVACIE

SPRÁVANIE ZA POSLEDNÝ

ROK

AGRESÍVNE SPRÁVANIE ZA

POSLEDNÝ ROK

DEPRESIA

(DIAGNOSTIKOVANÁ)

ÚZKOSŤ

(DIAGNOSTIKOVANÁ)

POPÍŠTE INÉ OBAVY OHĽADOM MENTÁLNEHO ZDRAVIA:

BOL ŠPORTOVEC NIEKEDY DIAGNOSTIKOVANÝ ALEBO MA SKUSENOSŤ S NASLEDUJUCIMI PODMIENKAMI

STRATA VEDOMIA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	ZVÄČŠENIE SLEZINY	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
ZÁVRATY PRI ŠPORTE	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	JEDNA OBLIČKA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
BOLEŠŤ HLAVY PRI ŠPORTE	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	OSTEOPORÓZA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
BOLESTI HRUDE PRI ŠPORTE	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	ZVÝŠENÉ KRVÁCANIE	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
SLABOSŤ DYCHU PRI ŠPORTE	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	MŔTVICA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
NEPRAVIDELNÝ TEP	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	OTRASY	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
INFARKT	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	ASTMA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
CHOROBA CHLOPNE SRDCA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	DIABETES	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
ŠELEST	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	HEPATITÍDA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
VYSOKÝ TLAK	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	ARTRÓZA	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
VYSOKÝ CHOLESTEROL	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	VYKĽBENÉ KLBY	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
PORUCHA ZRAKU	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	ZLOMENÉ KOSTI	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE
PORUCHA SLUCHU	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE					

POPÍŠTE INÉ PROBLÉMY:

PROSIM UVEDTE LIEKY, VITAMINY, ALEBO DOPLNKY VYZIVY, KTORE ŠPORTOVEC UZIVA

(vrátane inhalátorov, antikoncepcie alebo hormonálnych liekov)

NÁZOV	DÁVKOVANIE	NÁZOV	DÁVKOVANIE

JE ŠPORTOVEC SCHOPNÝ BRAŤ LIEKY SAMOSTATNE?

ÁNO NIE

MENO OSOBY, KTORÁ VYĽŇALA FORMULÁR	
VZŤAH K ŠPORTOVCOVI	
TELEFÓNNE ČÍSLO	
E-MAIL	



LEKÁRSKA LEKÁRSKA PREHLIADKA - VYPLŇA OBVODNÝ LEKÁR PO VYKONANÍ PREHLIADKY

MENO A PRIEZVISKO ŠPORTOVCA:

INFORMÁCIE O CELKOVOM ZDRAVOTNOM STAVE PACIENTA

VÝŠKA		cm	TEPLOTA		C	
VÁHA		kg	PULZ			
BMI			TLAK			
Ľavé ucho	<input type="checkbox"/>	reaguje	<input type="checkbox"/>	nerieaguje	<input type="checkbox"/>	nerieaguje
Pravé ucho	<input type="checkbox"/>	reaguje	<input type="checkbox"/>	nerieaguje	<input type="checkbox"/>	nerieaguje
Kanál pravého ucha	<input type="checkbox"/>	čistý	<input type="checkbox"/>	mazivo	<input type="checkbox"/>	mazivo
Kanál ľavého ucha	<input type="checkbox"/>	čistý	<input type="checkbox"/>	mazivo	<input type="checkbox"/>	mazivo
Pravá tympanická membrána	<input type="checkbox"/>	čistá	<input type="checkbox"/>	perforácia	<input type="checkbox"/>	infekcia
Ľavá tympanická membrána	<input type="checkbox"/>	čistá	<input type="checkbox"/>	perforácia	<input type="checkbox"/>	infekcia
Orálna hygiena	<input type="checkbox"/>	dobrá	<input type="checkbox"/>	stredne dobrá	<input type="checkbox"/>	slabá
Zväčšenie štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Zväčšenie lymfatických uzlín	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Srdcový šelest v leže	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	1/6 alebo 2/6	<input type="checkbox"/>	3/6 alebo väčší
Srdcový šelest v stoj	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	1/6 alebo 2/6	<input type="checkbox"/>	3/6 alebo väčší
Srdcový rytmus	<input type="checkbox"/>	pravidelný	<input type="checkbox"/>	nepravidelný		
Pľúca	<input type="checkbox"/>	čisté	<input type="checkbox"/>	zastreté		
Opuch pravej nohy	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	1+ alebo 2+	<input type="checkbox"/>	3+ alebo 4+
Opuch ľavej nohy	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	1+ alebo 2+	<input type="checkbox"/>	3+ alebo 4+
Cyanóza	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ÁNO -opis		
Zvuky čriev	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Hepatomegália	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Splenomegália	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Citlivosť brucha	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE		
Citlivosť obličiek	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	pravá	<input type="checkbox"/>	ľavá
Nezvyčajná chôdza	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ÁNO -opis		
Spastickosť	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ÁNO -opis		
Tremor	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	ÁNO -opis		
Pohyblivosť krku a chrbtice	<input type="checkbox"/>	plná	<input type="checkbox"/>	čiasočná		

zaškrtnúť X

**ŠPORTOVEC NEVYKAZUJE ŽIADNE NEUROLOGICKÉ SYMPTÓMY VZŤAHUJÚCE SA KU
KOMPRESIE MIECHY ALEBO ATLANTO-AXIÁLNEJ NESTABILITY**

**NA ZÁKLADE LEKÁRSKEJ PREHLIADKY JE ŠPORTOVEC SPÔSOBILÝ ZÚČASTŇOVAŤ SA SÚŤAŽÍ
ŠPECIÁLNYCH OLYMPIÁD SLOVENSKO**

PODPIS A PEČIATKA LEKÁR	
DÁTUM PREHLIADKY	
MENO A PRIEZVISKO LEKÁRA	
ČÍSLO LICENCIE	
TELEFÓNNE ČÍSLO	