



**Országos Sportegészségügyi Intézet**  
**1113 Budapest Karolina út 27.**  
**Tel.: (+36-1) 488-6100**



**ÚJ SPORTORVOSI VIZSGÁLATI KÉRDŐÍV (ÉRVÉNYES: 2023.02.01-TŐL)**

**Tisztelt Sportoló! Tisztelt Szülő!**

**Kérjük, figyelmesen olvassa el a kérdéseket és jelölje válaszát az “igen/nem” lehetőségeknél. “Igen” válasz esetén használja a kérdéssor végén található üres területet a válasz kifejtéséhez.**

**A kérdőívet minden sportorvosi vizsgálat alkalmával kitöltve és aláírva kell leadni a sportorvosnak.**

**Köszönjük!**

**KÉRJÜK OLVASHATÓAN, NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL, A SZEMÉLYI OKMÁNYOKKAL EGYEZŐEN KITÖLTENI!**

Név:		TAJ szám:	
Születési idő:		Születési hely:	
Anyja lánykori neve:		Sportág:	
Lakcím:		Egyesület:	
Telefonszám:		Mióta sportol az adott versenysportban?	
Testtömeg (kg):		Testmagasság (cm):	E-mail cím:

1. Heti edzés óra (óra/hét):	
2. Legmagasabb versenyzési szint (városi, megyei, országos, nemzetközi, válogatott):	

*Kérem, hogy a megfelelő helyre tegyen X-et!*

3. Dohányzik-e, vagy valaha dohányzott-e?	Igen	Nem
4. Volt-e megelőzően sportorvosi eltiltása egészségügyi okból?	Igen	Nem
5. Volt-e korábban valamilyen kórházi ápolást vagy hosszabb rendszeres orvosi kezelést igénylő betegsége?	Igen	Nem
6. Van-e veleszületett vagy szerzett húgyúti- vagy vese rendellenessége (solitaer vese, patkóvese, stb.)?	Igen	Nem
7. Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamely páros szerve, érzékszerve? (vese, here, petefészek, látás, hallás,)	Igen	Nem
8. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert, inhalációs készítményt orvosi előírásra, vagy anélkül?	Igen	Nem
9. Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálék-kiegészítőt, valamint testsúlyát csökkentő, vagy növelő, teljesítőképességet fokozó készítményt?	Igen	Nem
10. Van-e valamilyen allergiája (gyógyszer-, étel-, pollen, rovarcsípés, egyéb)?	Igen	Nem
11. Előfordult-e az elmúlt 1-2 évben, hogy edzés alatt vagy után szokatlan gyengeség érzése, szédülése volt vagy elájult?	Igen	Nem
12. Volt-e valaha mellkasi fájdalom, szokatlanul szapora vagy rendszertelen szívverés érzése sportolás alatt vagy után? (“mellkasi szorítás”, “mintha kihagyna”)	Igen	Nem
13. Előfordult-e az elmúlt 1-2 évben, hogy a szokásosnál korábban fáradt ki edzés közben?	Igen	Nem
14. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy magas a vérnyomása?	Igen	Nem
15. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy szívzöreje van?	Igen	Nem
16. Laboratóriumi vizsgálat során mértek-e valaha Önnél emelkedett éhgyomri vércukor szintet, magas koleszterin szintet?	Igen	Nem
17. Családjában (szülők, nagyszülők, testvér) fordult-e elő 50 év alatti életkorban hirtelen halál, vagy szívbetegség miatti haláleset?	Igen	Nem
18. Családjában előfordult-e daganatos betegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, szívbetegség, agyvérzés, ritmuszavar, eszméletvesztés, Marfan szindróma, végtagi érzékszervi, szívkatéterezés/szívűtét?	Igen	Nem
19. Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfertőzése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis, COVID-19, egyéb)?	Igen	Nem
20. Van-e jelenleg valamilyen bőrpanasza (pl. viszketés, kiütés, herpes, pattanás, furunculus, gomba)?	Igen	Nem
21. Volt-e valaha esés, ütés, ütközés által fejsérülése, agyrázkódása, eszméletvesztése, elszenvedett-e KO-t?	Igen	Nem
22. Volt-e valaha rohamszerűen jelentkező, végtagjaira kiterjedő görcsös állapota, epilepsziás rohama?	Igen	Nem
23. Előfordult-e, hogy nagy melegben végzett edzéstől rosszul lett, szédült, elájult? Kapott-e valaha hőkimerülés miatt orvosi kezelést?	Igen	Nem
24. Előfordult-e, hogy edzés közben vagy utána nehézlégzés, sípoló légzés, vagy köhögő roham lépett fel?	Igen	Nem
25. Megállapítottak Önnél asztmát?	Igen	Nem
26. Használ-e Ön valamilyen speciális védőeszközt, rögzítőt sportoláshoz, ami a sportágában nem az alapfelszerelés része (védő szemüveg, boka-, térdrögzítő, deréköv, fogvédő, fejevédő, stb.)?	Igen	Nem
27. Van-e problémája a látásával?	Igen	Nem
28. Visel-e szemüveget vagy kontaktlencsét?	Igen	Nem

