

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Informacja poufna

Przeczytaj uważnie zanim podpiszesz.

Przeczytaj i przedyskutuj treść tego oświadczenia zanim je podpiszesz. Wypełnienie tego oświadczenia, zawierającego historię przebytych przez Ciebie chorób jest warunkiem niezbędnym przyjęcia na zajęcia z samoobrony Krav Mag Maor (dalej KMM). Jeżeli nie jesteś pełnoletni oświadczenie musi podpisać któreś z Twoich rodziców lub prawny opiekun. Aby uniknąć ryzyka i brać udział w zajęciach KMM w sposób bezpieczny nie powinieneś mieć chorobliwej nadwagi i być w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej.

Jeżeli zażywasz leki skonsultuj się z Twoim lekarzem i instruktorem zanim weźmiesz udział w zajęciach. Jeżeli masz dodatkowe pytania dotyczące tego oświadczenia lub jakiegokolwiek jego części przedyskutuj je z instruktorem zanim je podpiszesz.

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

(Wypełnia uczestnik szkolenia)

Celem tego kwestionariusza medycznego jest znalezienie odpowiedzi na pytanie czy powinieneś (aś) zostać zbadany(a) przed przystąpieniem do zajęć z samoobrony KMM, Odpowiedź pozytywna na którekolwiek z pytań niekoniecznie dyskwalifikuje Cię z udziału w zajęciach. Może oznaczać, że kiedyś zaistniało w Twoim organizmie, coś co może zagrozić zdrowiu podczas zajęć więc powinieneś (-aś) poszukać porady lekarza. Odpowiedzi na pytania dotyczące Twojego zdrowia w przeszłości i obecnie udziel w słowach „TAK” lub „NIE”. Jeżeli nie jesteś pewny (-a) odpowiedzi - wpisz „TAK”. Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań będzie pozytywna wymagamy abyś skonsultował (-a) się z lekarzem zanim zaczniesz uczestniczyć w zajęciach KMM. Twój instruktor dostarczy Ci formularz „oświadczenia o stanie zdrowia” oraz wskazówki o badaniach dla Twojego lekarza.

PYTANIA:

1. Czy jesteś w ciąży lub podejrzewasz, że jesteś? (.....)
2. Masz wysoki poziom cholesterolu? (.....)
3. Czy regularnie zażywasz leki na receptę lub bez (za wyjątkiem środków antykoncepcyjnych)? (.....)
4. Czy w twojej rodzinie ktoś miał atak serca lub zawał? (.....)
5. Czy leczysz się psychiatrycznie? (.....)
6. Czy jesteś chory na chorobę przewlekłą/nieuleczalną? (.....)

CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁEŚ (-AŚ) LUB AKTUALNIE MASZ:

1. Astmę lub charczenie podczas oddychania? (.....)
2. Częste przeziębienia, zapalenia zatok lub nieżyt oskrzeli? (.....)
3. Jakikolwiek inny rodzaj choroby płuc? (.....)
4. Odmę płucną lub zapalenie płuc? (.....)
5. Operację klatki piersiowej? (.....)
6. Inne problemy z zachowaniem zdrowia? (.....)
7. Napady epilepsji, apopleksji, konwulsji lub zażywasz leki im zapobiegające? (.....)
8. Nawracające migrenowe bóle głowy lub zażywasz leki im zapobiegające? (.....)
9. Utraty przytomności lub omdlenia? (.....)
10. Nawracające bóle kręgosłupa? (.....)
11. Operację kręgosłupa? (.....)
12. Cukrzycę? (.....)
13. Problemy z kręgosłupem, rękami lub nogami po operacji, zranieniu lub złamaniu? (.....)
14. Problemy związane z alkoholem lub narkotykami? (.....)
15. Niezdolność do wykonywania prostych ćwiczeń wysiłkowych np: przejście 1km w ciągu 8 min? (.....)
16. Nadciśnienie lub brałeś (-aś) leki by je kontrolować? (.....)
17. Choroby serca? (.....)
18. Anginę pectoris lub operację serca? (.....)
19. Chorobę ucha, utratę słuchu lub problemy z utrzymaniem równowagi? (.....)
20. Krwawienia lub choroby krwi? (.....)
21. Wrzody przewodu pokarmowego? (.....)

Informacja o stanie zdrowia przedstawiona przeze mnie w powyższym oświadczeniu jest dokładna i prawdziwa, co poświadczam własnoręcznym podpisem

.....
(data i czytelny podpis)