

## ANKIETA SportGene

Aby utworzyć indywidualny raport Twoich predyspozycji sportowych, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania dotyczące Twojego stanu zdrowia.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

1. Wzrost: .....

2. Waga: .....

3. Czy cierpisz na choroby układu krążenia (zaznacz odpowiedź):

- |                                |         |
|--------------------------------|---------|
| a) Nadciśnienie tętnicze       | tak nie |
| b) Niewydolność serca          | tak nie |
| c) Żylaki                      | tak nie |
| d) Choroba zakrzepowo-zatorowa | tak nie |
| e) Zaburzenia rytmu serca      | tak nie |
| f) Inne (jakie?).....          | tak nie |

4. Czy w Twojej najbliższej rodzinie wystąpiły choroby układu krążenia

- |                                |         |
|--------------------------------|---------|
| a) Nadciśnienie tętnicze       | tak nie |
| b) Niewydolność serca          | tak nie |
| c) Żylaki                      | tak nie |
| d) Choroba zakrzepowo-zatorowa | tak nie |
| e) Zaburzenia rytmu serca      | tak nie |
| f) Inne (jakie?).....          | tak nie |

5. Czy cierpisz na następujące schorzenia:

- |                         |         |
|-------------------------|---------|
| a) Astma oskrzelowa     | tak nie |
| b) Hipercholesterolemia | tak nie |
| c) Hiperlipidemia       | tak nie |
| d) Cukrzyca typu 1      | tak nie |
| e) Cukrzyca typu 2      | tak nie |

6. Czy cierpisz na inne choroby (jeśli tak, to jakie): tak nie

.....  
.....  
.....

7. Czy masz wady postawy (skolioza/kifoza/lordoza/inne): tak nie

8. Czy masz wadę wzroku (jeśli tak to jaką): tak nie

.....

9. Czy cierpisz na inne dolegliwości, bóle (jeśli tak to jakie): tak nie

10. Czy przebyłaś/łeś jakieś zabiegi i/lub operacje (jeśli tak to jakie): tak nie

.....

11. Czy zażywasz na stałe leki:

a) Agoniści receptorów  $\beta$ -adrenergicznych (np. fenyletyliny, oksaloazepiny, imidazoliny itp.): tak nie

b)  $\beta$ -blokery (np. metprolol): tak nie

c) atorwastatyny: tak nie

12. Czy zażywasz na stałe inne leki / suplementy (jeśli tak, to jakie): tak nie

.....  
.....

13. Czy trenujesz już jakiś sport (jeśli tak to jaki): tak nie

.....  
.....

Miejscowość, data

.....

Podpis pacjenta

.....