

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
 ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΩΝ
 ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ
 ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ
 Τηλ: 2310907711

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

Ημερομηνία.....
Όνοματεπώνυμο.....
Διεύθυνση.....
Τηλέφωνο οικίας.....Κινητό.....
Ηλικία..... Ημερομηνία γέννησης.....Ύψος.....Βάρος
Τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης.....
Α.Φ.Μ.....Δ.Ο.Υ.....

Στα περισσότερα άτομα, η φυσική δραστηριότητα δε δημιουργεί προβλήματα ή κινδύνους. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχεδιασθεί με σκοπό να εντοπίσουν τα άτομα εκείνα, για τα οποία η φυσική δραστηριότητα είναι πιθανά ακατάλληλη ή αυτά, τα οποία θα πρέπει να ακολουθήσουν εξειδικευμένα προγράμματα άσκησης. Παρακαλείσθε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις, αφού τις διαβάσετε προσεκτικά.

1.Υπάρχει κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις;

	ΝΑΙ (✓)	Έτος έναρξης (περίπου)
Στηθάγχη (πόνος στο στήθος)
Υπέρταση
Περιφερική αγγειακή νόσος
Αρρυθμίες
Έλιγγοι
Υψηλή χοληστερόλη
Διαβήτης
Αναπνευστική νόσος
Οστεοπόρωση
Αρθρίτιδα
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα
Νευροπάθεια (προβλήματα με τις αισθήσεις)
Επιληψία

2. Υπάρχουν τρέχοντα προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να περιορίσουν τη φυσική σας απόδοση;

Όχι.....Ναι.....Εάν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να τα περιγράψετε:.....

3. Καταγράψτε τα συνταγογραφημένα φάρμακα που λαμβάνετε κατά το τρέχον διάστημα.

Φάρμακο	Αιτιολογία
.....
.....
.....

4. Καπνίζετε; Όχι Ναι.....
Μέσος ημερήσιος αριθμός τσιγάρων.....
Εάν ΟΧΙ, έχετε καπνίσει ποτέ; ΌχιΝαι Για πόσα χρόνια;.....
Πριν από πόσα χρόνια διακόψατε;

5. Έχετε κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού, ο οποίος υπέστη καρδιακή προσβολή πριν από το 55^ο έτος (πατέρας ή αδερφός) ή πριν από το 65^ο έτος (μητέρα ή αδερφή);

6. Ασχολείστε με κάποια φυσική δραστηριότητα;.....
Πόσο συχνά;.....Για πόση διάρκεια κάθε φορά;

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις(που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986), δηλώνω ότι:

κατανόησα τις ερωτήσεις που προηγήθηκαν και οι απαντήσεις μου είναι ειλικρινείς και πλήρεις. Αντιλαμβάνομαι ότι πρέπει να ελέγχομαι από το γιατρό μου περιοδικά και να προσκομίσω την ιατρική βεβαίωση, στην οποία θα δηλώνεται η ικανότητά μου για άσκηση. **Κατανοώ ότι ασκούμαι με δική μου ευθύνη** και σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της άσκησης εμφανισθούν συμπτώματα, θα πρέπει αμέσως να διακόψω τη προσπάθεια και να τα αναφέρω στο γυμναστή και το γιατρό μου. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν: ελαφρύ πονοκέφαλο ή ζάλη, βάρος ή πόνο στο στήθος, αρρυθμίες, αιφνίδια δυσκολία στην αναπνοή ή πρόβλημα στους μυς και στις αρθρώσεις, τα οποία επιμένουν για αρκετές ημέρες μετά την άσκηση. Επιπλέον, θα πρέπει να ενημερώσω για οποιαδήποτε πιθανή μεταβολή στην κατάσταση της υγείας μου.

Δηλώνω επίσης, ότι θα τηρώ τους κανόνες λειτουργίας του Κολυμβητηρίου

Γνωρίζω κολύμβηση ΝΑΙ.....ΟΧΙ.....

.....
Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία