

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΩΝ
ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ.....**

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

Ημερομηνία.....
 Ονοματεπώνυμο.....
 Ονοματεπώνυμο Πατέρα.....
 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 σχεδιαστεί 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 διαβάσετε προσεκτικά.

1. Έχει διαγνωσθεί κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις:

	ΝΑΙ(✓)	Έτος έναρξης (περίπου)
Στηθάγχη
Εγκεφαλικό
Περιφερειακή αγγειακή νόσος
Υπέρταση
Υψηλή χοληστερόλη
Διαβήτης
Αναπνευστική νόσος
Οστεοπόρωση
Αρθροπλαστική
Νευροπάθεια(προβλήματα με τις αισθήσεις)
Νόσος Πάρκισον
Επιληψία
Άλλες νευρολογικές καταστάσεις
Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Άλλες μορφές αρθρίτιδας
Άλλα μυοσκελετικά προβλήματα
Κινητικές διαταραχές
Κατάθλιψη

2. Υπάρχουν τρέχοντα προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να περιορίσουν τη φυσική σας απόδοση;
 Όχι.....Ναι.....Εάν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να τα περιγράψετε.....

3. Υπάρχει κάποιο τρέχον πρόβλημα υγείας για το οποίο σας παρακολουθεί γιατρός;
 Όχι.....Ναι.....Εάν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να το περιγράψετε:.....

4. Χρειαστήκατε άμεση βοήθεια ή νοσηλεία κατά τα τελευταία τρία χρόνια;
 Όχι.....Ναι.....Εάν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να εξηγήσετε εν συντομία την αιτία:

5. Χρησιμοποιείτε βοηθητικές συσκευές για περπάτημα; Όχι..... Ναι.....
 Μερικές φορές.....Είδος.....
6. Πώς θα μπορούσατε να περιγράψετε την υγεία σας;
 Εξαιρετική.....Πολύ καλή.....Καλή.....Μέτρια.....Άσχημη.....
7. Έχετε κάποιο συγγενή πρώτου βαθμού, ο οποίος υπέστη καρδιακή προσβολή πριν από
 Το 55° έτος(πατέρας ή αδερφός) ή πριν από το 65° έτος (μητέρα ή αδερφή);
 Όχι.....Ναι.....
 Εάν ΝΑΙ, ποιος και σε ποια ηλικία:.....
8. Καταγράψτε τα συνταγογραφημένα φάρμακα που λαμβάνετε κατά το τρέχον διάστημα
- | Φάρμακο | Αιτιολογία |
|---------|------------|
| | |
| | |
| | |
9. Καπνίζετε; Όχι.....Ναι.....
 Μέσος ημερήσιος αριθμός τσιγάρων.....
 Εάν ΌΧΙ, έχετε καπνίσει ποτέ; Όχι.....Ναι.....Για πόσα χρόνια;.....
 Πριν πόσα χρόνια διακόψατε;.....
10. Κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό τα προβλήματα υγείας περιόρισαν τις
 Καθημερινές φυσικές σας δραστηριότητες;
 Καθόλου.....Ελάχιστα.....Μέτρια.....Αρκετά.....Πολύ.....

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 ασκούμε 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 μύς 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 Γυμναστηρίου.

.....
 Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα

.....
 Υπογραφή

.....
 Ημερομηνία