

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
 ΤΜΗΜΑ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΘΛΗΣΗΣ
 Τηλ.: 2313317633

ΔΕΛΤΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

Ημερομηνία:			
Όνοματεπώνυμο:			
Όνοματεπώνυμο Πατέρα:			
Διεύθυνση:			
Τηλ. Οικίας:		κινητό:	
Ηλικία:	Ημερομηνία Γέννησης:	Ύψος:	Βάρος:
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:			
Τηλέφωνο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης:			

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 (v)	Έτος έναρξης (περίπου)
Στηθάγχη (πόνος στο στήθος)		
Υπέρταση		
Περιφερική αγγειακή νόσος		
Αρρυθμίες		
Ίλιγγοι		
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; ΟΧΙ ΝΑΙ
Μέσος ημερήσιος αριθμός τσιγάρων:
Εάν ΟΧΙ, έχετε καπνίσει ποτέ; ΟΧΙΝΑΙ 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 αδελφή);
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 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 και τις υποδείξεις των υπευθύνων του προγράμματος και εντός δέκα(10) ημερών υποχρεούμαι να προσκομίσω ιατρική βεβαίωση

.....
Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία