

Päivämäärä

Nimi	Suku- puoli	Henkilötunnus
Laji	Ammatti / Opiskelen	Sähkö- posti
Osoite		Puhelin
Omalääkäri	Valmentaja	
Lähin omainen	Yhteystiedot	

VASTAA SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN YMPYRÖIMÄLLÄ KYLLÄ TAI EI.

Mikäli vastasit kyllä, selvitä vastauksesi kohtaan "Tarkempi selvitys" ja mainitse kysymyksen numero ensin.

1. Onko lääkärisi estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun?	KYLLÄ	EI	22. Oletko koskaan menettänyt tajuntaasi tai saanut aivotärähdystä?	KYLLÄ	EI
2. Onko sinulla kroonisia sairauksia (esim. astma, diabetes)?	KYLLÄ	EI	23. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus- / kouristuskohtauksia?	KYLLÄ	EI
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä?	KYLLÄ	EI	24. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia (MS-tauti, Parkinson, epilepsia, aivohalvaus)?	KYLLÄ	EI
4. Onko sinulla esiintynyt ruoka- tai lääkeaineallergiaa?	KYLLÄ	EI	25. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia (ripulia, pahoinvointia jne.)?	KYLLÄ	EI
5. Onko sinulla esiintynyt muita allergioita (pölyt, eläimet, ...)?	KYLLÄ	EI	26. Onko sinulla esiintynyt virtsaelinten sairauksia (esim. virtsatietulehdus, verivirtsaisuus, ...)?	KYLLÄ	EI
6. Oletko tuntenut puristusta tai kipua rintakehällä harjoituksen tai kilpailun aikana?	KYLLÄ	EI	27. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi?	KYLLÄ	EI
7. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana?	KYLLÄ	EI	28. Onko sinulla ollut nukahtamisvaikeuksia tai unihäiriöitä?	KYLLÄ	EI
8. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan			29. Koetko, että sinun pitäisi:		
a. korkeaa verenpainetta	KYLLÄ	EI	a. laihduttaa?	KYLLÄ	EI
b. poikkeava sydänääniä	KYLLÄ	EI	b. saada lisää massaa?	KYLLÄ	EI
c. poikkeavaa sydänfilmiä	KYLLÄ	EI	c. Noudatko jotain erityisdieettiä?	KYLLÄ	EI
d. poikkeavia veriarvoja	KYLLÄ	EI	d. Käytätkö lisäravinteita?	KYLLÄ	EI
9. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verenkierto-sairauksia?	KYLLÄ	EI	Kysymykset 30-32 naisille		
10. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkki-kuolemia?	KYLLÄ	EI	30. Minkä ikäisenä sinulla kuukautisesi alkoivat?	_____	
11. Onko sinulle tehty leikkauksia?	KYLLÄ	EI	31. Kuukautiskiertoni ovat		
12. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja?	KYLLÄ	EI	a. säännölliset ja niiden kesto on noin	_____	
13. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja?	KYLLÄ	EI	b. epäsäännölliset ja tulevat vuodessa noin kertaa	_____	
14. Onko sinulla esiintynyt toistuvia selkäkipuja?	KYLLÄ	EI	c. kuukautisesi eivät ole vielä alkaneet	_____	
15. Onko sinulla ollut luunmurtumia?	KYLLÄ	EI	d. kuukautisesi ovat olleet poissa	_____ kk	
16. Onko sinulla ollut luun rasitusperäisiä vammoja (esim. rasitusmurtuma)	KYLLÄ	EI	32. Käytätkö lääkinnällistä ehkäisyä (e-pilleri, kierukka, ...)?	KYLLÄ	EI
17. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenhädistystä?	KYLLÄ	EI	33. Oletko saanut / milloin		
18. Onko suvussasi tiedossa astmaa?	KYLLÄ	EI	a. jäykkäkouristusrokotuksen (tetanus)?	KYLLÄ	EI _____
19. Oletko koskaan joutunut käyttämään astmalääkitystä?	KYLLÄ	EI	b. Hepatiitti-A tai -B-rokotuksen?	KYLLÄ	EI _____
20. Onko sinulla ihottumataipumusta (esim. atopiaa, hikirauhasen tulehduksia, ...)?	KYLLÄ	EI	c. muut suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset?	KYLLÄ	EI _____
21. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli kolme kertaa vuodessa) infektioita (flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus, korvatulehdus, ...)?	KYLLÄ	EI	34. Onko jotain, mitä edellä ei tullut esille?	KYLLÄ	EI

Tarkempi selvitys. Mainitse kysymyksen tai selvitettävän kohdan numero.

JOS SINULLA ON TALLESSA KOULUTERVEYDENHUOLLON TAI NEUVOLAN PITUUSKASVUKÄYRÄ, OTA SE MUKAASI TERVEYSTARKASTUKSEEN!

TERVEYSTARKASTUSTIETOJEN LUOVUTTAMINEN:

- | | | |
|--|-------|----|
| Haluan, että terveystarkastustietoni tallennetaan lääkäriaseman potilasrekisteriin: | KYLLÄ | EI |
| Annan suostumukseni tarkastustietojeni luovuttamiseen hoitosuhteeni niin edellyttäessä lääkäriaseman organisaatiossa toimivien hoitooni osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. | KYLLÄ | EI |
| Annan suostumukseni tarkastustietojeni luovuttamiseen valmennuksellisin perustein | | |
| a. henkilökohtaiselle valmentajalle | KYLLÄ | EI |
| b. seuran valmennuspäällikölle | KYLLÄ | EI |

Helsinki ____ / ____ 20 ____

Allekirjoitus (alikäiseltä huoltajan allekirjoitus)

Nimenselvennys