

FORMULARZ STARTOWY

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

ADRES:

NR TELEFONU:

E-MAIL:

WYWIAD MEDYCZNY (Właściwą odpowiedź proszę zakreślić w kółko)

1. Czy regularnie kontrolujesz stan swojego zdrowia (wizyty lekarskie)? **TAK NIE**

2. Proszę zakreślić właściwą odpowiedź:

1	Czy lekarz powiedział Pani/Panu, że ze względu na stan swojego zdrowia nie powinna Pani/Pan podejmować aktywności fizycznej?	TAK	NIE
2	Czy podczas wysiłku fizycznego odczuwa Pani/Pan ból w klatce piersiowej?	TAK	NIE
3	Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwała Pani/Pan ból w klatce piersiowej bez podejmowania aktywności fizycznej?	TAK	NIE
4	Czy odczuwa Pani/Pan utratę równowagi z powodu zawrotów głowy?	TAK	NIE
5	Czy zdarzają się Pani/Panu epizody utraty przytomności?	TAK	NIE
6	Czy lekarz kiedykolwiek zdiagnozował u Pani/Pana poważną chorobę układu krążenia np.: chorobę wieńcową serca, przewlekłą niewydolność serca, zawał mięśnia sercowego, arytmia lub inne?	TAK	NIE
7	Czy zna Pani/Pan jakikolwiek inny powód, który mógłby stanowić ryzyko dla podejmowania wysiłku fizycznego np. nieuregulowane nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE

Jeśli odpowiedziała Pani/Pan chociaż na jedno pytanie z tabeli twierdząco, proszę skonsultować się ze swoim lekarzem przed rozpoczęciem treningów. Proszę powiedzieć lekarzowi o pytaniach, na które odpowiedziała Pani/Pan twierdząco. Proszę zapytać czy treningi typu Nordic Walking (trening marszowy + ćwiczenia ogólnousprawniające) są dla Pani/Pana odpowiednie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis