

**Országos Sportegészségügyi Intézet**

**1113 Budapest Karolina út 27.**

**Tel.: (+36-1) 488-6100**

**ÚJ SPORTORVOSI VIZSGÁLATI KÉRDŐÍV** (ÉRVÉNYES: 2023.02.01-TŐL)

***Tisztelt Sportoló! Tisztelt Szülő!***

***Kérjük, figyelmesen olvassa el a kérdéseket és jelölje válaszát az “igen/nem” lehetőségeknél. “Igen” válasz esetén használja a kérdéssor végén található üres területet a válasz kifejtéséhez.***

***A kérdőívet minden sportorvosi vizsgálat alkalmával kitöltve és aláírva kell leadni a sportorvosnak.***

***Köszönjük!***

*KÉRJÜK OLVASHATÓAN, NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL, A SZEMÉLYI OKMÁNYOKKAL EGYEZŐEN KITÖLTENI!*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Név: | |  | | TAJ szám: |  | |
| Születési idő: | |  | | Születési hely: |  | |
| Anyja lánykori neve: | |  | | Sportág: |  | |
| Lakcím: | |  | | Egyesület: |  | |
| Telefonszám: | |  | | Mióta sportol az adott versenysportban? | |  |
| Testtömeg (kg): |  | Testmagasság (cm): |  | E-mail cím: | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Heti edzés óra (óra/hét): |  |
| 2. Legmagasabb versenyzési szint (városi, megyei, országos, nemzetközi, válogatott): |  |

*Kérem, hogy a megfelelő helyre tegyen X-et!*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Dohányzik-e, vagy valaha dohányzott-e? |  | Igen |  | Nem |
| 4. Volt-e megelőzően sportorvosi eltiltása egészségügyi okból? |  | Igen |  | Nem |
| 5. Volt-e korábban valamilyen kórházi ápolást vagy hosszabb rendszeres orvosi kezelést igénylő betegsége? |  | Igen |  | Nem |
| 6. Van-e veleszületett vagy szerzett húgyúti- vagy vese rendellenessége (solitaer vese, patkóvese, stb.)? |  | Igen |  | Nem |
| 7. Veleszületetten vagy szerzetten hiányzik-e valamely páros szerve, érzékszerve? (vese, here, petefészek, látás, hallás,) |  | Igen |  | Nem |
| 8. Szed-e rendszeresen valamilyen gyógyszert, inhalációs készítményt orvosi előírásra, vagy anélkül? |  | Igen |  | Nem |
| 9. Szed-e vagy korábban szedett-e valamilyen táplálék-kiegészítőt, valamint testsúlyát csökkentő, vagy növelő, teljesítőképességet fokozó készítményt? |  | Igen |  | Nem |
| 10. Van-e valamilyen allergiája (gyógyszer-, étel-, pollen, rovarcsípés, egyéb)? |  | Igen |  | Nem |
| 11. Előfordult-e az elmúlt 1-2 évben, hogy edzés alatt vagy után szokatlan gyengeség érzése, szédülése volt  vagy elájult? |  | Igen |  | Nem |
| 12. Volt-e valaha mellkasi fájdalma, szokatlanul szapora vagy rendszertelen szívverés érzése sportolás alatt vagy után? (“mellkasi szorítás”, “mintha kihagyna”) |  | Igen |  | Nem |
| 13. Előfordult-e az elmúlt 1-2 évben, hogy a szokásosnál korábban fáradt ki edzés közben? |  | Igen |  | Nem |
| 14. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy magas a vérnyomása? |  | Igen |  | Nem |
| 15. Mondták-e valaha orvosi vizsgálat alkalmával, hogy szívzöreje van? |  | Igen |  | Nem |
| 16. Laboratóriumi vizsgálat során mértek-e valaha Önnél emelkedett éhgyomri vércukor szintet, magas  koleszterin szintet? |  | Igen |  | Nem |
| 17. Családjában (szülők, nagyszülők, testvér) fordult-e elő 50 év alatti életkorban hirtelen halál,  vagy szívbetegség miatti haláleset? |  | Igen |  | Nem |
| 18. Családjában előfordult-e daganatos betegség, magas vérnyomás, cukorbetegség, szívbetegség, agyvérzés, ritmuszavar, eszméletvesztés, Marfan szindróma, végtagi érszűkület, szívkatéterezés/szívműtét? |  | Igen |  | Nem |
| 19. Az elmúlt egy évben volt-e komolyabb vírusfertőzése (pl. szívizomgyulladás, mononucleosis, COVID- 19, egyéb)? |  | Igen |  | Nem |
| 20. Van-e jelenleg valamilyen bőrpanasza (pl. viszketés, kiütés, herpes, pattanás, furunculus, gomba)? |  | Igen |  | Nem |
| 21. Volt-e valaha esés, ütés, ütközés által fejsérülése, agyrázkódása, eszméletvesztése, elszenvedett-e KO-t? |  | Igen |  | Nem |
| 22. Volt-e valaha rohamszerűen jelentkező, végtagjaira kiterjedő görcsös állapota, epilepsziás rohama? |  | Igen |  | Nem |
| 23. Előfordult-e, hogy nagy melegben végzett edzéstől rosszul lett, szédült, elájult? Kapott-e valaha  hőkimerülés miatt orvosi kezelést? |  | Igen |  | Nem |
| 24. Előfordult-e, hogy edzés közben vagy utána nehézlégzés, sípoló légzés, vagy köhögő roham lépett fel? |  | Igen |  | Nem |
| 25. Megállapítottak Önnél asztmát? |  | Igen |  | Nem |
| 26. Használ-e Ön valamilyen speciális védőeszközt, rögzítőt sportoláshoz, ami a sportágában nem az alapfelszerelés része (védő szemüveg, boka-, térdrögzítő, deréköv, fogvédő, fejvédő, stb.)? |  | Igen |  | Nem |
| 27. Van-e problémája a látásával? |  | Igen |  | Nem |
| 28. Visel-e szemüveget vagy kontaktlencsét? |  | Igen |  | Nem |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 29. Volt-e szemészeti műtéte? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 30. Volt-e olyan mozgásszervi sérülése, ami orvosi kezelést (gipszelés, műtét, egyéb) igényelt (csonttörés,  szalagszakadás, ízületi ficam, egyéb)? Ha igen, jelölje meg melyik testrészen! | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
|  |  | fej nyak  hát |  | mellkas  váll  felkar |  | könyök  alkar  csukló |  | kézfej  ujjak  csípő |  | comb  térd lábikra/lábszár |  | boka  lábfej | | |  | Nem |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 31.Van-e ismert krónikus mozgásszervi eltérése, betegsége (gerincferdülés, arthrosis, arthritis,  porckorongsérv, egyéb)? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 32. Szükség volt-e valaha testsúlyának növelésére vagy csökkentésére? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 33. Fogyaszt-e rendszeresen, hogy sportága követelményeinek (pl. súlycsoportos sportok) megfeleljen? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 34. A fogyasztás mértéke meghaladja-e az 5 kg-ot? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 35. Fáradtnak, kimerültnek, vagy ingerlékenynek érzi-e magát? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 36. Van-e alvászavara, elalvási nehézsége, krónikus kialvatlansága? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 37. Fogyaszt-e rendszeresen élvezeti vagy élénkítő szereket (kávé, alkohol, energiaital, egyéb)? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 38. Részt vesz-e megváltozott képességűek versenysportjában (parasportoló, szervátültetett, látás -, hallássérült, egyéb)? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |
| 39. Van-e olyan problémája, ami a kérdések között nem szerepel, és el kívánja mondani? | | | | | | | | | | | | |  | Igen |  | Nem |

**Csak női sportolók részére (40-42.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 40. Menstruál-e? Ha igen, hány éves korában menstruált először? |  | |  | Nem |
| 41. Van-e menstruációs zavara, rendszertelen-e a ciklusa? |  | Igen |  | Nem |
| 42. Szed-e fogamzásgátlót? |  | Igen |  | Nem |

**Kérjük, részletezze az „igen” válaszokat megjelölve a kérdés sorszámát is (1-42. kérdés)**

Kijelentem, hogy legjobb tudásom szerint a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és eltitkolt betegségem nincs.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben - két egymást követő sportorvosi vizsgálat között - egészségügyi állapotomban változás történik, azt közölnöm kell a vizsgáló sportorvossal.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Igen*** |  | ***Nem*** |

Tájékoztatjuk, hogy a sportorvosi vizsgálat elektronikus nyilvántartásba rögzítésével válik csak érvényessé a sportorvosi engedély, melynek eredményéről, a Nemzeti Sportinformációs Rendszert (NSR) és az Önt leigazoló sportszövetséget, mint versenyengedélyének kiállítóját értesítenünk szükséges. A sportorvosi bélyegző megszűnésével az engedély elektronikusan válik ellenőrizhetővé. A sportorvosi engedélyének az OSEI nyilvántartása szerinti adatait a https://online.osei.hu/engedely-ellenorzes/ oldalon tekintheti meg, amennyiben az adatkezeléshez az alábbiakban hozzájárulását adta.

Alulírott hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a sportorvosi engedélyem érvényességéről (személyemet beazonosítható módon) az OSEI (adatkezelő) tájékoztatást adjon az NSR és a versenyengedélyt részemre kiállító szervezet részére (pl. egyesület, szövetség).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Igen*** |  | ***Nem*** |

Hozzájárulok, hogy az adatkezelő megismerje és tárolja személyi, valamint egészségügyi adataimat.

Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő írásbeli tájékoztatás

megismerése és a vonatkozó hatályos jogszabályi rendelkezések (\*) ismeretében tettem meg.

Kijelentem, hogy a jelen Adatvédelmi Tájékoztató és Nyilatkozat tartalmát megismertem és kifejezetten elfogadom.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Igen*** |  | ***Nem*** |

Aláírásommal a fentieket, mint a nevezett sportoló törvényes képviselője igazolom:

Kelt: 20……………..

................................................. .................................................

sportoló törvényes képviselő (18 év alatt)

\*Hatályos jogszabályi rendelkezések

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info tv);

A szabályzat az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997.évi XLVII. törvény a (továbbiakban Eüak tv.),

Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (továbbiakban: GDPR rendelet) irányadó.

FNY: O567