



Egészségügyi Nyilatkozat és Kérdőív

Vezetéknév: _____

Keresztnév: _____

Születési hely, idő: _____ / _____ / _____

Szem.ig.szám/vagy/ TAJ szám: _____

Lakcíme: _____

Kezelőorvos neve: _____ Telefonszáma: _____

Baleset esetén értesítendő: _____ Telefonszám: _____

18 éven aluli kiskorú esetén

Szülő, törvényes képviselő neve: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Gyermek neve: _____

Születési hely, idő: _____ / _____ / _____

Szem.ig.szám/vagy/ TAJ szám: _____

Lakcíme: _____

Az egészségügyi és etikai előírások szerint minden, fizikai aktivitást megkezdő kliens előzetes orvosi kivizsgáláson történő részvétele ajánlott.

A vizsgálaton történő részvételre a résztvevő nem kötelezhető, de ennek hiányában az Aerial-Légtánc/Légtorna órákon/workshopokon (Aerial Fitness, Aerial Silk, Hamock Dance, Gyerek Légtorna) és az ahhoz kapcsolódó tevékenységekben a FlowAerialDance semmiféle felelősséget nem vállal az esetleges, akut vagy krónikus egészségügyi problémákból, egyéb szervi elváltozásokból kifolyólag történt sérülésekért, rosszullétekért, balesetekért.

Az Egészségügyi nyilatkozat kitöltése - az orvosi vizsgálaton történő részvételtől függetlenül – mindenki számára kötelező, mellyel kijelenti, hogy fizikai állapota megfelel a levegő sportok gyakorlásához.

Alulírott kijelentem, hogy az itt megjelölt adatok a valóságnak megfelelnek, illetve nincs tudomásom arról, hogy a felsoroltakon kívül más, az edzésprogramomat befolyásoló egészségügyi kockázati tényezővel rendelkezem. Eltitkolt betegségem nincs.

Alulírott tudomásul veszem, hogy az itt felsorolt egy vagy több tényező megjelölése esetén mindenfajta sporttevékenység folytatásának előfeltétele az előzetes szakorvosi/egészségügyi állapotfelmérés. Amennyiben az orvosi vizsgálaton való részvételt megtagadom, az ebből fakadó sérülésekért, egészségügyi problémákért kizárólag engem terhel a felelősség.

Kelt, _____

Aláírás (Szülő/Meghatalmazott)

Egészségügyi Kérdőív

Korábbi sérülések/sérülésből visszamaradt mozgatószervi funkcionális rendellenességek?

Magas-e a vérnyomása?

Tud-e szívbetegségről?

Tud-e szívfejlődési rendellenességről?

Volt-e szívműtété?

Volt-e műbillentyű beültetése?

Szed-e vérhígító gyógyszer (kivéve Aspirin protect)?

Van-e pacemakerje (pészméker)?

Említette önnek az orvosa, vagy tudja-e önmagáról, hogy az alábbi betegségei vannak? (Kérem, jelezze a betegség kezdetét!)

Cukorbetegség

Véralvadási zavar

Csontritkulás

Pajzsmirigy funkció problémák

Tüdőbetegség

Vesebetegség

Májbetegség, fertőző májgyulladás (hepatitis B, C)

Gyomor, vékonybél, vastagbél fekély

Reflux betegség

Gerinc betegség

Kullancscsípés

Szorongás, stressz

Depresszió

Daganatos betegség

Szembetegség

Epilepszia

Kezelik-e/kezelték-e ideggondozóban?

Volt-e csípő-vagy egyéb végtagprotézis műtété?

Hölgyek esetében:

Jelenleg terhes-e, vagy szoptat-e?

Tud-e gyógyszerérzékenységről?

Ha igen, mely gyógyszerre érzékeny: