



# KOUVOLAN LÄÄKÄRIKESKUS

## URHEILIJAN TERVEYSTARKASTUS

ESITIELOMAKE

PVM \_\_\_\_\_

NIMI \_\_\_\_\_

HENKILÖTUNNUS \_\_\_\_\_

LAJI \_\_\_\_\_

AMMATTI/OPISKELEN \_\_\_\_\_

OSOITE \_\_\_\_\_

OMA LÄÄKÄRI \_\_\_\_\_

OMA FYSIOTERAPEUTTI \_\_\_\_\_

PAINO JA PITUUS \_\_\_\_\_

VALMENTAJA / SEURA \_\_\_\_\_

LÄHIOMAINEN JA PUHELINNUMERO \_\_\_\_\_

**Vastaa seuraaviin kysymyksiin YMPYRÖIMÄLLÄ kyllä tai ei.**

**Mikäli vastasit kyllä, selvitä vastauksesi kohtaan "tarkempi selvitys" ja mainitse kysymyksen nro ensin.**

1. Onko lääkärisi estänyt sinua osallistumasta harjoitukseen / kilpailuun? kyllä    ei
2. Onko sinulla kroonisia sairauksia? (esim. astma, diabetes) kyllä    ei
3. Käytätkö säännöllisesti käsikauppa- tai reseptilääkkeitä? kyllä    ei
4. Onko sinulla esiintynyt allergiaa? kyllä    ei
5. Oletko tuntenut rintakipua harjoituksen tai kilpailun aikana? kyllä    ei
6. Oletko tuntenut sydämen rytmihäiriöitä (tiheälyöntisyys tai lyönnin väliin jääminen) harjoituksen tai kilpailun aikana? kyllä    ei
7. Onko lääkäri koskaan maininnut sinulla olevan
  - a. korkeaa verenpainetta kyllä    ei
  - b. poikkeavia sydänääniä kyllä    ei
  - c. poikkeavaa sydänfilmiä kyllä    ei
  - d. poikkeavia veriarvoja kyllä    ei
8. Onko suvussasi tiedossa sydän- ja verikierrosairauksia? kyllä    ei
9. Onko suvussasi tiedossa sydänperäisiä äkkikuolemia? kyllä    ei
10. Onko sinulle tehty leikkauksia? kyllä    ei
11. Onko sinulla ollut äkillisiä lihas-, jänne- tai nivelsidevammoja? kyllä    ei
12. Onko sinulla ollut rasitusperäisiä lihas- tai jännevammoja? kyllä    ei
13. Onko sinulla ollut luunmurtumia? kyllä    ei
14. Onko sinulla ollut luun rasitusperäisiä vammoja (esim. rasitusmurtuma)? kyllä    ei
15. Onko sinulla rasituksessa ilmenevää hengenahdistusta? kyllä    ei
16. Onko suvussasi tiedossa astmaa? kyllä    ei
17. Oletko koskaan joutunut käyttämään astmalääkitystä? kyllä    ei
18. Onko sinulla toistuvaa ihottumataipumusta? kyllä    ei
19. Onko sinulla vuoden aikana usein toistuvia (yli 3 krt vuodessa) infektioita? kyllä    ei  
(flunssa, kurkkukipu, nuha, keuhkoputkentulehdus...)
20. Oletko joskus menettänyt tajuntasi tai onko sinulla ollut aivotärähdyksiä? kyllä    ei
21. Onko sinulla todettu epilepsiaa tai tajuttomuus- /kouristuskohtauksia? kyllä    ei
22. Onko suvussasi tiedossa neurologisia sairauksia? (MS-tauti, Parkinson, epilepsia, aivohalvau) kyllä    ei
23. Onko sinulla toistuvia mahakipuja tai -sairauksia? (ripulia, pahoinvointia jne) kyllä    ei
24. Oletko tyytyväinen nykyiseen painoosi? kyllä    ei
25. Onko sinulla ollut nukahtamisvaikeuksia tai unihäiriöitä? kyllä    ei
26. Koetko, että sinun pitäisi:
  - a. laihtua kyllä    ei
  - b. saada lisää massaa kyllä    ei
30. Oletko saanut / milloin
  - a. jäykkäkouristusrokotuksen (Tetanus) \_\_\_\_\_
  - b. hepatiitti- A tai B rokotuksen \_\_\_\_\_
  - c. muut suomalaisen rokotusohjelman mukaiset rokotukset \_\_\_\_\_



**Tarkempi selvitys (mainitse kysymyksen tai selvitettävän kohdan numero)**

**KASVUKÄYRÄ MUKAAN LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLE !**

**POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN**

**Haluan, että potilastietoni tallennetaan Kouvolan Lääkärikeskuksen potilasrekisteriin**

kyllä    ei

**Annan suostumukseni tietojeni luovuttamiseen valmennuksellisin perustein**

**a. oman joukkueen valmentajalle**

kyllä    ei

**b. seuran valmennuspäällikölle**

kyllä    ei

**Paikka ja aika**

---

**Allekirjoitus**

---

Alaikäiseltä huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys