

### Анкета о состоянии здоровья

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ г.р.  
Ф.И.О. спортсмена полностью  
 Спортивная организация \_\_\_\_\_ ГАУ ДО ЛО «СШ ГСФ» \_\_\_\_\_ вид спорта \_\_\_\_\_ дата рождения  
 Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Этап спортивной подготовки \_\_\_\_\_

Пожалуйста, достоверно и развернуто ответьте на каждый пункт в анкете.

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>1</b> | <b>Вопросы о тренировочной и соревновательной деятельности:</b><br>Спортивный стаж с _____ лет. Избранным видом спорта с _____ лет;<br>Тренировки _____ дней в неделю, по _____ часов, из них по 2 тренировки _____ в неделю;<br>Последняя тренировка была (дата) _____;<br>Участие в соревнованиях за последние 6 месяцев (количество) _____ и их уровень:<br>районные/городские/областные/всероссийские/международные;<br><small>нужное подчеркнуть</small><br>Выезды на тренировочные сборы за последние 6 месяцев (месяц, город) _____<br>Спортивный разряд/звание: _____<br>Занятие другими видами спорта _____<br><small>вид спорта, количество лет, наличие разряда/звания</small><br>Особенности тренировочного процесса _____<br><small>регулярность, как переносит и т.д.</small> |                           |
| <b>2</b> | <b>Вопросы о наследственности:</b><br><b><u>По линии матери:</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <i>нужное<br/>обвести</i> |
|          | Врожденные пороки развития сердца (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | да/нет                    |
|          | Случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет (у кого)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | да/нет                    |
|          | Случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (у кого)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | да/нет                    |
|          | Онкологические заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | да/нет                    |
|          | Заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1/2 типа, другое _____ (у кого))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | да/нет                    |
|          | Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, другое _____ (у кого))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | да/нет                    |
|          | Наследственные /хромосомные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | да/нет                    |
|          | Ревматоидные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | да/нет                    |
|          | Иные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
|          | <b><u>По линии отца:</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|          | Врожденные пороки развития сердца (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | да/нет                    |
|          | Случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет (у кого)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | да/нет                    |
|          | Случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (у кого)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | да/нет                    |
|          | Онкологические заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | да/нет                    |
|          | Заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1/2 типа, другое _____ (у кого))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | да/нет                    |
|          | Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, другое _____ (у кого))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | да/нет                    |
|          | Наследственные /хромосомные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | да/нет                    |
|          | Ревматоидные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | да/нет                    |
|          | Иные заболевания (у кого, какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |
| <b>3</b> | <b>Вопросы о самочувствии и заболеваемости:</b><br><b><u>Укажите перенесенные заболевания с указанием давности:</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <i>нужное<br/>обвести</i> |
|          | Потеря сознания                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | да/нет                    |
|          | Травмы (какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | да/нет                    |
|          | Сотрясение головного мозга                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | да/нет                    |
|          | Операции (какие)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | да/нет                    |
|          | Ветряная оспа                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | да/нет                    |
|          | Краснуха                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | да/нет                    |
|          | Корь                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | да/нет                    |

|          |                                                                                                                               |                         |                       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
|          | Скарлатина                                                                                                                    |                         | да/нет                |
|          | Коклюш                                                                                                                        |                         | да/нет                |
|          | Инфекционный мононуклеоз                                                                                                      |                         | да/нет                |
|          | COVID-19                                                                                                                      |                         | да/нет                |
|          | Железодефицитная анемия                                                                                                       |                         | да/нет                |
|          | ОРВИ/ОРЗ                                                                                                                      |                         | да/нет                |
|          | Стрептококковая/стафилококковая инфекция (нужное обвести)                                                                     |                         | да/нет                |
|          | Сепсис                                                                                                                        |                         | да/нет                |
|          | Кишечные инфекции (рвота, повышение температуры)                                                                              |                         | да/нет                |
|          | Острая пневмония                                                                                                              |                         | да/нет                |
|          | Болезни нервной системы: энцефалопатия, гидроцефалия, другое _____                                                            |                         | да/нет                |
|          | Инфекции мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, другое _____                                                               |                         | да/нет                |
|          | Иные заболевания                                                                                                              |                         |                       |
|          | <b>Наличие хронических заболеваний:</b>                                                                                       |                         |                       |
|          | Бронхиальная астма                                                                                                            |                         | да/нет                |
|          | Аллергический ринит/поллиноз                                                                                                  |                         | да/нет                |
|          | Гастродуоденит                                                                                                                |                         | да/нет                |
|          | Целиакия                                                                                                                      |                         | да/нет                |
|          | Тонзиллит                                                                                                                     |                         | да/нет                |
|          | Пиелонефрит                                                                                                                   |                         | да/нет                |
|          | Цистит                                                                                                                        |                         | да/нет                |
|          | Сахарный диабет 1/2 типа                                                                                                      |                         | да/нет                |
|          | Аутоиммунный тиреоидит                                                                                                        |                         | да/нет                |
|          | Иные заболевания                                                                                                              |                         | да/нет                |
|          | Отмечались ли головные боли/головокружения/обмороки/судороги/проблемы с координацией или равновесием (нужное обвести)         | в покое/на тренировке   | да/нет                |
|          | Были или есть у Вас случаи внезапного учащенного/неритмичного сердцебиения/боли в области сердца/одышка (нужное обвести)      | в покое/на тренировке   | да/нет                |
| <b>4</b> | <b>Вопросы о наличии врожденных аномалий развития органов</b>                                                                 |                         | <i>нужное обвести</i> |
|          | Отсутствие:                                                                                                                   |                         | да/нет                |
|          | Удвоение:                                                                                                                     |                         | да/нет                |
|          | Неправильное расположение:                                                                                                    |                         | да/нет                |
| <b>5</b> | Прием лекарственных средств/витаминов/БАДов (нужное обвести, какие)                                                           |                         | да/нет                |
| <b>6</b> | Курение/употребление алкоголя/наркотических веществ/энергетических напитков (нужное обвести)                                  | в настоящее время/ранее | да/нет                |
| <b>7</b> | <b>Вопросы о женском здоровье</b>                                                                                             |                         |                       |
|          | Менструации                                                                                                                   |                         | да/нет                |
|          | с _____ возраста, периодичность _____ дней, продолжительность _____ дней, регулярные/нерегулярные, болезненные/безболезненные |                         |                       |
|          | Профилактическое наблюдение у гинеколога 1 раз в 12 месяцев                                                                   |                         | да/нет                |
| <b>8</b> | Какие еще особенности своего организма Вы можете сообщить:                                                                    |                         |                       |

**Обращаем внимание, что непредставление или искажение информации о состоянии здоровья прямо или косвенно может нанести вред здоровью. Вы несете ответственность за сообщаемую информацию.**

**Ф.И.О. заполнявшего анкету:** \_\_\_\_\_  
спортсмен/пациент или его законный представитель

**Телефон:** \_\_\_\_\_

**Подпись:** \_\_\_\_\_

**Дата заполнения:** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.