

# ZDRAVOTNÍ DEKLARACE

## Datum kurzu:

Pro Vaši bezpečnost je proto důležité, abychom znali Váš zdravotní stav a mohli program přizpůsobit Vaší fyzické kondici a případným zdravotním omezením. Informace uvedené ve Zdravotní deklaraci chápeme jako přísně důvěrné a slouží pouze pro vnitřní potřebu kurzu.

1. Jméno a příjmení:

6. V případě nutnosti podejte zprávu (jméno, adresa, telefon):

2. Datum narození:

7. Sportuji

3. Trvalé bydliště:

vůbec nebo nejvýše 2 hodiny týdně

4. Zdravotní pojišťovna:

2 až 5 hodin týdně

více než 5 hodin týdně

5. Jméno, adresa a telefon Vašeho lékaře:

8. Musíte dodržovat nějakou speciální dietu?

Nemám stálého lékaře

Nemusím dodržovat žádnou dietu

9. Zaškrtněte z následujících možností a níže upřesněte:

- |                              |                             |     |   |
|------------------------------|-----------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 1.  | Bolesti na hrudi, ztížené dýchání i při malé námaze             |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 2.  | Astma, bronchitidy, zánět plic, TBC a jiná plicní onemocnění    |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 3.  | Cukrovka  |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 4.  | Epilepsie   |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 5.  | Křečové stavy   |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 6.  | Problémy či onemocnění páteře, kloubů, šlach                    |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 7.  | Kontaktní čočky – vzhledem ke koupání                           |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 8.  | Strach z výšek, uzavřených prostor, hmyzu atd.                  |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 9.  | Závažná životní událost v poslední době                         |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 10. | Infekční onemocnění během posledních 3 měsíců                   |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 11. | Pobyt v nemocnici během posledního roku                         |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 12. | Psychické obtíže (strach z uzavřeného prostoru, výšek, vody...) |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 13. | Péče psychologa nebo psychiatra (poslední dva roky)             |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 14. | Očkování proti tetanu (v posledních 7 letech)                   |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 15. | Těhotenství (otázka jen pro ženy)                               |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 16. | Problémy s krevním tlakem (vysoký/nízký) – i neléčené           |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 17. | Kouřím, kouřil/a jsem v posledním roce                          |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 18. | Jiné srdeční nálezy - porucha rytmu, zánět, šelest...           |
| <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE | 19. | Jiná zdravotní omezení  |

**Pokud se Vás některé z těchto 19 kategorií týkají, napište prosím, podrobnější informace (příznaky, omezen...):**

Bod číslo:            Podrobnější vysvětlení:

**10. Užíváte, pravidelně nebo nepravidelně, nějaké léky?**

| Název léku | Jak často? | Proč? | Vedlejší účinky? |
|------------|------------|-------|------------------|
|------------|------------|-------|------------------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|

 Neužívám žádné léky**11. Jste na něco alergický/á?**

| Na jakou látku? | Jaká je reakce? | Je nutno použít léků? | Jakých? |
|-----------------|-----------------|-----------------------|---------|
|-----------------|-----------------|-----------------------|---------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|

 Nevím o žádné alergii**12. Další doplnění:**

Volba konkrétních úkolů i jejich náročnost jsou přizpůsobovány aktuálním možnostem skupiny účastníků. V případě pochybností, zda se máte do programu zapojit, se poraďte s vedoucím instruktorem nebo zdravotníkem. Odevzdání vyplněné a podepsané deklarace je podmínkou aktivní účasti na jednotlivých programech kurzu. Jestliže se během programu projeví onemocnění, omezení nebo problémy, které jste ve Zdravotní deklaraci neuvedl/a či uvedl/a nepravdivě, členové organizačního týmu nenesou zodpovědnost za případné zdravotní či jiné poškození.

Potvrzuji, že jsem porozuměl všem výše uvedeným skutečnostem, včetně zdravotní problematiky a všechny údaje jsou pravdivé. Budu respektovat bezpečnostní pravidla, s nimiž budu seznámen/a. Zároveň se zavazuji před kurzem upřesnit údaje v případě, že by v mém zdravotním stavu nastala změna.

*Datum:*

**Podpis:**