



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 fájdalom, 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, fejevédő, stb.)?	Igen	Nem
27. Van-e problémája a látásával?	Igen	Nem
28. Visel-e szemüveget vagy kontaktlencsét?	Igen	Nem

29. Volt-e szemészeti műtété?								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	mellkas	könyök	kézfej	comb	boka			
	nyak	váll	alkar	ujjak	térd	lábfej			Nem
	hát	felkar	csukló	csípő	lábikra/lábszár				
31. Van-e ismert krónikus mozgásszervi eltérése, betegsége (gerincferdülés, arthrosis, arthritis, porckorongsér, 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, energiatital, 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 betegsémem nincs.

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

<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	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).**

<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	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.**

<input type="checkbox"/>	Igen	<input type="checkbox"/>	Nem
--------------------------	------	--------------------------	-----

**Aláírással 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.