

Příjmení a jméno: Surname and first name:	RČ: Date of birth:
Adresa: Address:	RČ: Health insurance company:

DOTAZNÍK K ZÁTĚŽOVÉMU VYŠETŘENÍ

STRESS EXAMINATION QUESTIONNAIRE

Osobní anamnéza (vybranou odpověď zatrhněte X)

Personal history (tick the selected answer X)

Máte/měla jste obtíže nebo jste léčen/a na onemocnění popsaná níže? Do you have problems or are you being treated for any of the diseases described below?	NE NO	ANO Kdy, rok? Kolikrát? YES When, year? How many times?
Ztratil/a jste někdy vědomí během sportovní aktivity (cvičení) nebo po ní? Have you ever lost consciousness during or after a sports activity (exercise)?		
Měl/a jste někdy pocit svírání nebo bolesti na hrudníku? Have you ever felt tight or chest pain?		
Máte při fyzické aktivitě či sportu pocit svírání nebo tísně na hrudi? Do you have tightness or tightness in your chest during physical activity or sports?		
Měl/a jste někdy svírání na hrudi, náhlý kašel či sípání, které bránilo cvičení? Have you ever had chest tightness, a sudden cough or wheezing that prevented exercise?		
Máte či měl/a jste diagnostikované a léčené astma? Do you have or have you been diagnosed and treated for asthma?		
Měl/a jste někdy epileptický záchvat? Have you ever had an epileptic seizure?		
Zakázal Vám někdy lékař sportovat? Has your doctor ever forbidden you from playing sports?		
Měl/a jste někdy diagnostikovaný vysoký krevní tlak? Have you ever been diagnosed with high blood pressure?		
Měl/a jste někdy nález vysokého cholesterolu v krvi? Have you ever been diagnosed with a high cholesterol level?		
Měl/a jste během cvičení či po cvičení potíže s dechem či kašlem? Have you ever had any difficulty breathing or coughing during or after exercise?		
Měl/a jste někdy pocit neadekvátně rychlého či nepravidelného tlukotu srdce? Have you ever felt an inadequately fast or irregular heartbeat?		
Měl/a jste někdy pocit bušení na hrudi? Have you ever felt pounding on your chest?		
Unavíte se výrazně dříve než Vaši kolegové, se kterými sportujete? Are you tired sooner than your colleagues you play sports with?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte šelest na srdci? Has your doctor ever told you you had a murmur in your heart?		
Řekl Vám někdy lékař, že máte arytmiie? Has your doctor ever told you you had an arrhythmia?		

Prodělal/a jste v posledním měsíci závažnou virovou infekci? Have you had a serious viral infection in the last month?		
Prodělal/a jste v minulosti revmatickou horečku? Have you had rheumatic fever in the past?		
Máte nějaké alergie? Pokud ano, jaké? Do you have any allergies? If so, which ones?		
Zde uveďte, o jaké alergie se jedná / Indicate here what the allergies are		
Užíváte nyní trvale nějaké léky? Pokud ano, jaké? Are you currently taking any medications? If so, what medications?		
Zde uveďte, o jaké léky se jedná / Indicate here what the drugs are		
Užíval/a jste v minulosti dlouhodobě nějaké léky? Pokud ano, jaké? Were you taking any medications in the past? If so, what medications?		
Zde uveďte, o jaké léky se jednalo / Indicate here what the drugs were		
Prodělal/a jste někdy infekční mononukleózu? Have you ever had an infectious mononucleosis?		
Prodělal/a jste někdy zánět mozkových blan? Have you ever had meningitis?		
Léčíte se s cukrovkou? Are you being treated for diabetes?		
Léčíte se či jste se léčil/a na onemocnění štítné žlázy? Are you being treated or have you been treated for thyroid disease?		
Prodělal/a jste někdy boreliózu? Have you ever had Lyme disease?		
Prodělal/a jste někdy covid-19? Have you ever had covid-19 disease?		

Rodinná anamnéza (vybranou odpověď zatrhněte **X**)

Family history (tick the selected answer **X**)

Měl/a někdo ve Vaší rodině diagnostikováno následující onemocnění? Has anyone in your family been diagnosed with the following disease?	NE NO	ANO YES	Kdy, rok? Kolikrát? When, who?
Cukrovka diabetes			
Vysoký krevní tlak high blood pressure			
Ischemická choroba srdeční (angina pectoris) coronary heart disease (angina pectoris)			
Kardiomyopatie cardiomyopathy			

Má/měl někdo ve Vaší rodině následující obtíže ve věku méně než 50 let? Does anyone in your family have the following difficulties at the age of 50?	NE NO	ANO YES	Kdy, rok? When, who?	Kolikrát? How often?
Zemřel/a náhlou smrtí či bez jasného vysvětlení? Did they die a sudden death or without a clear explanation?				
Topil/a se bez zjevné příčiny? Did they drown for no apparent reason?				
Měl/a nevysvětlitelnou nehodu při řízení auta, motocyklu či kola? Have they had an unexplained accident while driving a car, motorcycle or bicycle?				
Měl/a nevysvětlitelné záchvaty či ztráty vědomí? Did they have unexplained seizures or loss of consciousness?				
Podstoupil/a transplantaci srdce či jinou operaci srdce? Have they had a heart transplant or other heart surgery?				
Měl/a implantován kardiostimulátor či defibrilátor? Have they had a pacemaker or defibrillator implanted?				
Byl/a léčen (a) na arytmie? Have they been treated for arrhythmias?				
Bylo někde v rodině náhlé úmrtí kojence či v novorozeneckém věku? Was there ever a sudden infant or newborn death in the family?				
Měl/a diagnostikován tzv. Marfanův syndrom? Have they been diagnosed with Marfan Syndrome?				

Sportovní anamnéza (jedná se doplňující informace, dobrovolné vyplnění)
Sports history (additional information, voluntary completion)

Druh sportovní činnosti Type of sports activity	
Specializace (útočník, skif, kraul, atd.) Specialization (forward, skiff, crawl, etc.) (běžci/cyklisté/podobné sporty také délka tratě) (runners / cyclists / similar sports also indicate track length)	
Od kolika let se sportu věnujete Since what age have you been involved in sports	
Výkonnostní úroveň (profi/hobby, liga, úspěchy) Performance level (professional / hobby, league, achievements)	
Počet tréninků týdně, kolika fázový trénink Number of workouts per week, how many phase workouts	
Délka jednoho tréninku Length of one workout	
Zatížení během roku (km, počet měsíců v roce) Load throughout the year (km, number of months in the year)	

Regenerace (jaká, kolik) Regeneration (what, how much)	
Doplňkové sporty Complementary sports	

V případě, že jste na některou z výše uvedených otázek odpověděl/a kladně (ANO), upozorněte svého tělovýchovného lékaře!

If you answered yes to any of the above questions (YES), please inform your sports doctor!

Souhlasím s poskytnutím výsledků vyšetření vedení svého sportovního klubu: ANO - NE

**I agree to provide the measured values of the examination to the management of my sports club:
YES - NO**

Zákonný zástupce: Legal representative:	
Datum: Date:	Podpis: pacienta(ky) nebo zákonného zástupce Signature: patient (s) or legal representative