

## Anamnestický dotazník před zátěžovým vyšetřením

---

Jméno a příjmení

---

Rodné číslo

Zdravotní pojišťovna

### Osobní anamnéza

- Měl/a jste obtíže či jste léčen/a na onemocnění popsána níže? ANO  NE
- Ztratil/a jste někdy vědomí během sportovního výkonu či cvičení? ANO  NE
- Měl/a jste někdy pocit svírání na hrudníku? ANO  NE
- Máte při běhu či jiném fyzickém výkonu pocit svírání na hrudi? ANO  NE
- Měl/a jste někdy svírání na hrudi, náhlý kašel či sípání, které bránilo cvičení? ANO  NE
- Máte či měl/a jste diagnostikované a léčené astma? ANO  NE
- Měl/a jste někdy záchvat epilepsie? ANO  NE
- Zakázal Vám někdy lékař sportovat? ANO  NE
- Měl/a jste někdy diagnostikovaný vysoký tlak? ANO  NE
- Měl/a jste někdy nález vysokého cholesterolu v krvi? ANO  NE
- Měl/a jste během cvičení či po cvičení potíže s dechem či kašlete? ANO  NE
- Měl/a jste během cvičení či po cvičení pocit částečné či úplné ztráty vědomí? ANO  NE
- Měl/a jste během cvičení pocit tísně na hrudi? ANO  NE
- Měl/a jste někdy pocit neadekvátně rychlého či nepravidelného tlukotu srdce? ANO  NE
- Měl/a jste někdy pocit bušení na hrudi? ANO  NE
- Máte pocit, že se unavíte výrazně dříve než vaši kolegové, se kterými sportujete? ANO  NE
- Řekl Vám někdy lékař, že máte šelesty na srdci? ANO  NE
- Řekl Vám někdy lékař, že máte arytmie? ANO  NE
- Prodělal/a jste v posledním měsíci závažnou virovou infekci? ANO  NE
- Prodělal/a jste v minulosti revmatickou horečku? ANO  NE
- Máte nějaké alergie? ANO  NE

---

Pokud ano, tak jaké?

Berete nyní trvale léky?

ANO  NE

---

Pokud ano, tak jaké?

Bral/a jste v minulosti dlouhodobě nějaké léky?

ANO  NE

Pokud ano, tak jaké?

Prodělal/a jste mononukleózu?

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Prodělal/a jste někdy zánět mozkových blan?

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Léčíte se s cukrovkou?

ANO  NE

Léčíte se či jste se léčil/a na onemocnění štítné žlázy?

ANO  NE

Prodělal/a jste někdy boreliózu?

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Prodělal/a jste nějakou operaci?

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Jaké operace jste prodělal/a

Měl/a jste nějaký úraz (prosíme popište mechanismus úrazu)

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Zranil/a Vás někdy soupeř/ka?

ANO  NE  Rok: \_\_\_\_\_

Zde popište, jaké zranění jste prodělal/a

Úraz svalů? \_\_\_\_\_

Úraz vazů a kloubů? \_\_\_\_\_

Zlomil/a jste si někdy něco? \_\_\_\_\_

Prodělal/a jste další onemocnění? Jaké?

### Rodinná anamnéza

Má/měl někdo ve Vaší rodině následující obtíže ve věku méně než 50 let?

ANO  NE

Zemřel náhlou smrtí či bez jasného vysvětlení?

Topil se bez zjevné příčiny?

Měl/a nevysvětlitelnou nehodu při řízení auta, motocyklu či kola?

Měl/a nevysvětlitelné záchvaty či ztráty vědomí?

Podstoupil/a transplantaci srdce či jinou operaci srdce?

Měl/a implantován kardiostimulátor či defibrilátor?

Byl/a léčen/a na arytmie?

Jiné:

Bylo někde v rodině náhlé úmrtí kojence či v novorozeneckém věku?

ANO  NE

Měl/a někdo v rodině diagnostikován tzv. Marfanův syndrom?

ANO  NE

Měl/a někdo v rodině diagnostikovánu:

Cukrovku  Vysoký krevní tlak  IIschemickou chorobu srdeční (anginu pectoris)  Kardiomyopatii

Datum \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_