

Datum: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_ Kön: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_ Slag: \_\_\_\_\_ Yrke/Jag studerar: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Egen läkare: \_\_\_\_\_

Coach: \_\_\_\_\_ Nära anhörig (+ telefonnummer) \_\_\_\_\_

Besvara följande frågor med ja eller nej.

**Om du svarade ja, förklara ditt svar i punkten Utförligare förklaring och nämn frågans nummer först.**

	Ja	Nej
1. Har din läkare hindrat dig från att delta i träningar/tävlingar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du kroniska sjukdomar (t.ex. astma, diabetes)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Använder du regelbundet egenvårds- eller receptläkemedel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du haft födoämnes- eller läkemedelsallergier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du haft andra allergier (damm, djur osv.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du känt tryck eller smärta i bröstkorgen under träningar eller tävlingar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du känt hjärtrytmrubbningar (snabb eller oregelbunden puls) under träningar eller tävlingar?		
8. Har läkaren någonsin nämnt att du har		
a. högt blodtryck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. avvikande hjärtljud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. avvikande EKG (hjärtfilm) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. avvikande blodvärden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Känner du till om hjärt- och kärlsjukdomar förekommer i din släkt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Känner du till om plötslig hjärtrelaterad död har förekommit i din släkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du genomgått operationer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har du haft akuta muskel-, sen- eller ledbandsskador? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har du haft belastningsrelaterade muskel- eller senskador? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har du haft återkommande ryggsmärta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har du haft benbrott .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har du haft belastningsrelaterade bensador (t.ex. belastningsfraktur)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har du andnöd vid ansträngning? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Förekommer astma i din släkt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har du någon gång behövt använda astmamedicin? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har du benägenhet för hudutslag (t.ex. atopi, svettkörtelinflammation...)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har du under ett års tid haft återkommande (över 3 gånger per år) infektioner (förkylning, ont i halsen, snuva, luftrörskatarr, öroninflammation...)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Har du någonsin förlorat medvetandet eller haft hjärnskakning? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Har det konstaterats att du har epilepsi eller medvetlöshets-/krampattacker? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Känner du till om det finns neurologiska sjukdomar i din släkt (MS, Parkinsons sjukdom, epilepsi, hjärnslag)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har du återkommande magsmärter eller -sjukdomar (diarré, illamående osv.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har du haft sjukdomar i urinorganen (t.ex. urinvägsinfektion, blod i urinen...)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Är du nöjd med din nuvarande vikt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Har du insomningssvårigheter eller sömnstörningar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Upplever du att du borde:		
a. banta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. få mer massa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. följer du någon specialdiet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. använder du kosttillskott? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30.) I vilken ålder började din menstruation? .....		
(31.) Min menstruationscykel är regelbunden och varar ca: .....		
Min menstruationscykel är oregelbunden och menssen kommer ca _____ gånger per år		
Min menstruation har inte börjat ännu <input type="checkbox"/>		
Min menstruation har varit borta _____ mån.		
(32.) Använder du ett medicinskt preventivmedel (p-piller, spiral, ...)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Har du fått/när;		
a. stelkramp (tetanus)? .....		
b. Hepatit A eller B-vaccin? .....		
c. övriga vaccinationer enligt det finländska vaccinationsprogrammet? .....		
34. Finns det något som inte har framkommit ovan? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

