



Aikido klub Tegatana, Čopova ulica 3, 2310 Slovenska Bistrica, Slovenija;
mat.št: 4006674; ID DDV: SI61695238; št. računa NLB: IBAN SI56 0228 1025 7775 051;
kontakt: ☎ +386 41 764 207 oz. +386 40 700 009; e-mail: info@ak-tegatana.si

ZDRAVSTVENI VPRAŠALNIK

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Poklic in delovno mesto: _____

Koga lahko pokličemo v nujnem primeru: _____

Ali vam je znano, da imate katero od navedenih težav:

- | | |
|--------------------------|---------|
| 1. bolezn srca in ožilja | DA / NE |
| 2. visoki krvni pritisk | DA / NE |
| 3. sladkorno bolezen | DA / NE |
| 4. bolezen gibal | DA / NE |
| 5. epilepsija | DA / NE |

Ali ste kdaj med vadbo občutili ali imeli:

- | | |
|--|---------|
| 1. bolečino v prsnem košu in levi roki | DA / NE |
| 2. zelo hiter in neenakomeren utip srca | DA / NE |
| 3. bolečine v križu | DA / NE |
| 4. težko dihanje | DA / NE |
| 5. vrtoglavico in zamegljen vid | DA / NE |
| 6. krče v spodnjih okončinah (noge, stopala) | DA / NE |

Ali ste bili na kakšni operaciji in zakaj:

- | | |
|------------------------|---------|
| 1. Operacija hrbtenice | DA / NE |
|------------------------|---------|

Zakaj: _____

- | | |
|--|---------|
| 2. Operacija sklepov (kolki, kolena, gležnji, ramena, komolci) | DA / NE |
|--|---------|

Zakaj: _____

- | | |
|----------|---------|
| 3. Drugo | DA / NE |
|----------|---------|

Naštej: _____

Ali jemljete kakšna zdravila: DA / NE

Naštej katera: _____

ALI SE POČUTITE ZDRAVSTVENO SPOSOBNI ZA UDELEŽBO NA TRENINGIH?

DA / NE

S podpisom potrjujem, da so moji podatki o zdravstvenem stanju resnični in da se bom treningov udeležil/a na LASTNO ODGOVORNOST.

V/Na _____, dne: _____

Podpis člana oz. zastopnika