



FORMULÁŘ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY

Údaje o jezdcí:		
Jméno:	Příjmení:	Dat. nar.:
Obec:	Ulice a čp.:	PSČ:
Mobil:	Email:	

OSOBNÍ ANAMNÉZA			LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ			
Vyplní žadatel			Vyplní lékař			
Ne		Ano	Normal	Pat.nález	Podrobnosti	
<input type="checkbox"/>	Ztráty vědomí, závratě či bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kardiovaskulární systém			
<input type="checkbox"/>	Oční potíže (netýká se brýlí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EKG (nad 45let) *)			
<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zátěžové EKG *)			
<input type="checkbox"/>	Alergie na léky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echokardiograf *)			
<input type="checkbox"/>	Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krevní tlak			
<input type="checkbox"/>	Srdeční potíže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tep			
<input type="checkbox"/>	Poruchy krevního tlaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dýchací sys.			
<input type="checkbox"/>	Žaludeční potíže (vředy atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nervový sys.			
<input type="checkbox"/>	Urogenitální obtíže	<input type="checkbox"/>		centrální		
<input type="checkbox"/>	Epilepsie či křeče	<input type="checkbox"/>		periferní		
<input type="checkbox"/>	Duševní - nervové poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uši, nos, krk			
<input type="checkbox"/>	Obtíže horních či dolních končetin, včetně křečí či ztuhlých kloubů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rovnov. ústr.			
<input type="checkbox"/>	Operace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pohybový systém	HK	vpravo	
<input type="checkbox"/>	Užíváte pravidelně léky či jiné látky ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DK	vlevo	
			<input type="checkbox"/>	páteř	vpravo	
			<input type="checkbox"/> Břicho - kýly		vlevo	
			<input type="checkbox"/> Moč			
			<input type="checkbox"/> Oči - visus		bílk.	
			<input type="checkbox"/>		cukr	
			<input type="checkbox"/>		vpravo	s korekcí
			<input type="checkbox"/>		vlevo	s korekcí
			<input type="checkbox"/>		vpravo	bez korekce
			<input type="checkbox"/>		vlevo	bez korekce
			<input type="checkbox"/> Barvocit			
			<input type="checkbox"/> Zorné pole			
a) Ze zdravotních důvodů mi nebyl zakázán žádný jiný sport.			<input type="checkbox"/> Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba se může zúčastňovat motocyklových závodů.			
b) Neužívám drogy a nepiji pravidelně alkohol.			<input type="checkbox"/> Já, níže podepsaný stvrzuji, že tato osoba není schopna se zúčastňovat motocyklových závodů.			
c) Souhlasím, aby v případě zranění podal zdravotnický personál informace týkající se mého zdravotního stavu řediteli závodu a národní federaci.			<input type="checkbox"/> Doporučuji, aby tato osoba byla vyšetřena lékařem národní federace či lékařem jím doporučeným.			
d) Stvrzuji, že informace v tomto formuláři jsou pravdivé.						
e) Souhlasím, aby informace v tomto formuláři byly poskytnuty lékaři národní federace.						
.....					
Datum		Podpis žadatele	Datum vyšetření		Podpis a razítko lékaře	

*) Pro žadatele starší 45 let je nutný kladný výsledek žadatelova EKG. Pro MS Cross Country a další dálkové soutěže je nutná echokardiografie a zátěžový EKG test jednou za 3 roky. Pro žadatele od 5 do 12 let je nutné absolvovat odborné lékařské vyšetření na některém z následujících tělovýchovných lékařských pracovišť:
www.cstl.cz/mapa-pracovist/#telovychozny-lekar