

Heilbrigðisvottorð vegna íþróttaiðkunar



HNEFALEIKANEFND ÍSÍ
ICELANDIC BOXING COMMITTEE

Nafn íþróttamanns/konu: _____

Kennitala: _____

Hvenær rannsakað síðast vegna íþróttar?

Mán _____ Ár _____

Fyrri sjúkdómar:

Meiðsli: (dags. og lýsing)

Hæð: _____ Þyngd: _____

Sjón:

Hægra: _____ Vinstra: _____
(án leiðréttinga)

Hægra: _____ Vinstra: _____
(með leiðréttingu, m/linsum)

Augnsteinar jafnir: _____

Heyrn:

Hljóðhimna án sjúklegra breytinga

Hægra _____ Vinstra: _____

Heyrn (hvíslpróf mælt í metrum)

Brjóstkassi:

Afbrigðilegur:

Stp.: _____ Stc.: _____

Í hvíld:

Bp.: _____ Púls: _____

Konur:

Brjóst á ekki að rannsaka

Kviðarhol:

Líffærastækkarir:

Vöðvar og liðir:

Er eðlilegur hreyfanleiki í liðum á öllum 4 útlimum?

Er eðlileg og jöfn vöðvastarfsemi í öllum 4 útlimum?

Taugakerfið:

Eru eðlileg viðbrögð?

Eru lamanir?

Eru ósjálfráða krampar í vöðvum?

Eru aðrir ágallar?

Annað sem gæti haft áhrif fyrir ástundun íþróttar? (t.d. sykursýki, flogaveiki eða aðrir sjúkdómar)

Staðist íþróttahæfnismat: Já Nei

ATH: aðeins er óskað eftir upplýsingum um líkamlegt ástand einstaklings, samkvæmt meðfylgjandi gögnum. Ákvörðun um þátttöku í íþróttamótum eða æfingum er sameiginleg milli íþróttamanns og þjálfara hans/hennar.

Staður: _____

Nafn læknis:

Heimilisfang:

Sími:

Dags: _____

Undirskrift læknis