

АНКЕТА КЛИЕНТА

Настоящая анкета предназначена для сбора информации о здоровье и физической форме клиента в целях определения средств и методов наиболее успешного и безопасного оказания данному клиенту физкультурно-оздоровительных услуг Фитнес центра ООО «Спорткомплекс «Олимпия-Пермь». Одновременно сведения, указанные клиентом в настоящей анкете, служат для определения возможности оказания физкультурно-оздоровительных услуг данному клиенту, а также для определения необходимости предварительного получения клиентом медицинского заключения о допуске к занятиям физической культурой.

Ф.И.О. анкетиремого клиента (полностью): _____

Дата рождения клиента: _____

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ ФОРМЫ КЛИЕНТ

РАЗДЕЛ 1. НАЛИЧИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ			
№	В настоящее время имеются:	Да	Нет
1.1.	Дискомфорт или боли в груди при нагрузке или в покое; боль в левой половине нижней челюсти/ шеи, левой руке		
1.2.	Неприятное ощущение сильного или нерегулярного сердцебиения при нагрузке или в покое		
1.3.	Одышка при небольшой нагрузке или в покое		
1.4.	Потемнения в глазах, головокружения, обмороки, потеря равновесия		
1.5.	Отечность лодыжек		
1.6.	Чувство жжения, боль, судороги в нижних конечностях при ходьбе на малые дистанции		
1.7.	Другие известные клиенту причины, по которым ему следует ограничить физическую активность		
РАЗДЕЛ 2. ПРИВЫЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ			
2.1.	В течение как минимум последних 3 (трех) месяцев проводятся регулярные тренировки длительностью не менее 30 минут в день, интенсивностью не ниже умеренной, с частотой не менее 3 (трех) раз в неделю		
РАЗДЕЛ 3. НАЛИЧИЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ			
Были в прошлом или есть в настоящее время:			
3.1.	Инфаркт миокарда		
3.2.	Катетеризация сердца, коронарная ангиопластика, операции на сердце, трансплантация сердца		
3.3.	Нарушения сердечного ритма, кардиостимулятор/имплантируемый сердечный дефибриллятор		
3.4.	Врожденные пороки сердца, патологии сердечных клапанов, сердечная недостаточность		
3.5.	Сахарный диабет		
3.6.	Заболевания почек		
РАЗДЕЛ 4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ			
4.1.	Знаете ли Вы свое обычное артериальное давление? Если да, укажите его:		
4.2.	Имеются ли у Вас изменения нормального уровня глюкозы в крови? Если да, укажите свой уровень:		
4.3.	Имеются ли у Вас заболевания мочевыделительной системы? Если да, перечислите:		
4.4.	Имеются ли у Вас заболевания дыхательной системы? Если да, перечислите:		

4.5.	Имеются ли у Вас заболевания пищеварительной системы? Если да, перечислите:		
4.6.	Имеются ли у Вас онкологические заболевания? Если да, перечислите:		
4.7.	Имеются ли у Вас заболевания периферических сосудов? Если да, перечислите:		
4.8.	Были ли у Вас травмы и хирургические операции? Если да, то какие и когда?		
4.9.	Имеются ли у Вас остеопороз, проблемы со спиной и суставами? Если да, перечислите:		
4.10.	Принимаете ли Вы в настоящее время лекарства? Если да, перечислите:		
4.11.	Беременны ли Вы? Если да, укажите срок беременности:		
4.12.	Были ли у Вас роды в последние 6 месяцев? Если да, были ли осложнения до, во время и после родов (перечислите)?		
4.13.	Есть ли у Вас заболевания, не упомянутые в этой анкете? Если да, перечислите:		
4.14.	Соблюдаете ли Вы диету? Если да, то какую?		
4.15.	Были ли у Вас в прошлом занятия, связанные с двигательной активностью (спорт, фитнес, танцы, йога и пр.)? Если да, то какие и когда?		
4.16.	Есть ли у Вас в настоящее время занятия, связанные с двигательной активностью (спорт, фитнес, танцы, йога и пр.)? Если да, перечислите:		
Укажите стаж занятий:			
Укажите привычный уровень нагрузки (подчеркните нужное): < 2 занятий в неделю, занятия нерегулярные, нагрузки от незначительных до умеренных; 2–3 занятия в неделю, занятия достаточно регулярные, нагрузки от умеренных до значительных; ≥ 3 занятий в неделю, занятия регулярные, нагрузки от значительных до предельных.			
4.17.	Имеются ли признаки, которые позволяют заподозрить недовосстановление или перетренированность (длительная усталость/ощущение утренней разбитости после тренировок, снижение работоспособности, раздражительность или перепады настроения, сильное нежелание тренироваться, нарушения сна)? Если да, подчеркните нужное.		
4.18.	Имеются ли особенности режима работы и отдыха, которые могут повлиять на переносимость нагрузок и восстановление после них (сменный/ненормированный рабочий день, частые авралы на работе, невозможность полноценного сна, проблемы с регулярным питанием и пр.)? Если да, подчеркните нужное или перечислите:		
4.19.	Имеются ли не отраженные в анкете моменты, которые могут вызвать трудности при проведении тренировок/тестов на физическую подготовленность? Если да, перечислите:		

Ф.И.О. клиента _____

Подпись клиента _____