

## **ANKIETA ZDROWOTNA**

„Niniejszym oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem sieci GymPoint i akceptuję jego postanowienia”

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych, zawartych w niniejszej Ankiecie, w portalu GymPoint celem przygotowania i dostosowania dla mnie Indywidualnego Planu Ćwiczeń oraz oceny postępów jego realizacji”

„Akceptuję fakt, iż moje dane, zawarte w niniejszej Ankiecie, będą wykorzystane przez GymPoint jedynie w celu określonym powyżej”

1. Czy masz ponad 55 lat?  
 TAK  NIE
2. Czy w Twojej najbliższej rodzinie były przypadki zawału serca lub nagłej śmierci poniżej 65 roku życia (siostra, matka)?  
 TAK  NIE
3. Czy masz rozpoznaną lub podejrzaną chorobę serca lub płuc?  
 TAK  NIE
4. Czy jesteś nosicielem HIV?  
 TAK  NIE
5. Czy palisz papierosy lub rzuciłaś palenie w ciągu ostatnich 6 miesięcy?  
 TAK  NIE
6. Czy Twoje ciśnienie krwi wynosi powyżej 140 /90 mmHg (mierzone co najmniej dwukrotnie przy różnych okazjach) lub bierzesz leki na nadciśnienie?  
 TAK  NIE
7. Czy rozpoznano u Ciebie cukrzycę insulinozależną?  
 TAK  NIE
8. Czy ostatnio jesteś aktywna fizycznie?  
 TAK  NIE
9. Czy miewasz epizody omdleń, nietypowego przemęczenia, bólów, zadyszki, kołatania serca lub zawrotów głowy?  
 TAK  NIE
10. Czy miewasz objawy astmy lub dolegliwości o charakterze alergicznym?  
 TAK  NIE
11. Czy jakiś specjalista zajmujący się zdrowiem odradzał Ci trenowanie?  
 TAK  NIE
12. Czy masz jakąś inną chorobę/uraz, które mogą ulec pogorszeniu wskutek ćwiczeń?  
 TAK  NIE
13. Czy jesteś w ciąży lub urodziłaś dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy?  
 TAK  NIE
14. Czy przechodziłaś jakiś zabieg chirurgiczny w ostatnich 3 miesiącach?  
 TAK  NIE
15. Czy znasz jakiś inny powód, dla którego nie powinnaś prowadzić ćwiczeń?  
 TAK  NIE

Jaki?.....

.....  
data i czytelny podpis