

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ
ΦΟΡΜΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ/ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Αθλητή: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _____

Άτομο που πραγματοποιεί τον έλεγχο:

Όνοματεπώνυμο: _____ Ιδιότητα: _____ Ημερομηνία: _____

Ποια είναι η κύρια αναπηρία του αθλητή;

Ποιες είναι οι δευτερεύουσες αναπηρίες του αθλητή;

Υπάρχουν κάποιες κινήσεις ή στάσεις που ο αθλητής δεν πρέπει ή δεν μπορεί να εκτελέσει; Περιγράψτε.

Λαμβάνει ο αθλητής φάρμακα; Αν ναι, περιγράψτε τον τύπο και το λόγο.

Έχει ο αθλητής αλλεργίες; Περιγράψτε.

Χρησιμοποιεί ο αθλητής σωλήνα σίτισης;

Έχει ο αθλητής βαλβίδα παροχέτευσης;

Έχει ο αθλητής σκολίωση; Αν ναι, έχει ο αθλητής ράβδους στην πλάτη του;

Έχει ο αθλητής εξαρθρώσεις; Αν ναι, πού;

Λαμβάνει ο αθλητής Φυσιοθεραπεία και / ή Εργοθεραπεία;
Αν ναι, πόσο συχνά και ποιος είναι ο Φυσιοθεραπευτής / Εργοθεραπευτής;
