



HÄLSODEKLARATION INFÖR TÄVLING



Namn: _____

Födelsedatum: _____

Förening: _____

Telefon till närmaste anhörig: _____ Relation: _____

Använder du regelbundet något läkemedel? JA NEJ

Om JA, vilken/vilka läkemedel? _____

Har någon av följande tillstånd/sjukdomar?

Diabetes? JA NEJ

Astma? JA NEJ

Allergi? JA NEJ

Om JA, mot vad? _____

Epilepsi? JA NEJ

Hjärtsjukdom? JA NEJ

Blodsmitta (HIV/hepatit)? JA NEJ

Har du någonsin:

Svimmat/blivit medvetslös under ansträngning? JA NEJ

Blivit knockad mot huvudet (gäller även träning)? JA NEJ

Om JA, vilket/vilka datum? _____

Har du några skador? JA NEJ

Om JA, var? _____

Känner du dig fullt frisk? JA NEJ

Informationen kommer endast att användas av tävlingsläkaren och övrig medicinsk personal under den aktuella tävlingen.