

## Poučenie a písomný informovaný súhlas testovanej osoby

Meno, priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Výška: ..... Váha: .....

E-mail: .....

Tel. číslo: .....

Diéta / špeciálna strava: .....

Šport, ktorému sa venujete: .....

Počet tréningov za týždeň: .....

Odkiaľ ste sa o nás dozvedeli?

☐ Známy ☐ Google ☐ Facebook ☐ Iné: .....

Ja, dole podpísaný/á, potvrdzujem, že som bol/a zrozumiteľne informovaný/á o účele, priebehu a spôsobe testovania, o jeho prínosoch, možných rizikách a obmedzeniach.

Zároveň vyhlasujem, že som nezatajil/a žiadne závažné ochorenie ani zdravotný problém, ktorý by mohol ovplyvniť testovanie alebo ohroziť moje zdravie. Rozumiem, že testovanie nie je zdravotníckym úkonom a nenahrádza lekársku prehliadku ani lekársku diagnostiku.

Testovanie podstupujem dobrovoľne, na vlastné riziko a zodpovednosť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som všetkým informáciám porozumel/a, mal/a som možnosť položiť otázky a slobodne sa rozhodnúť pre testovanie.

Vyhradzujeme si právo na zmenu protokolu pre zachovanie bezpečnosti testovaného subjektu bez nároku na úpravu ceny.

V Bratislave dňa ..... čas .....

Podpis testovanej osoby (resp. zákonného zástupcu):

.....

*Pozn.: Športovci do 18 rokov prinesú dokument podpísaný zákonným zástupcom pri každom vyšetrení!*

## Súhlas so spracovaním osobných údajov

Meno a priezvisko dotknutej osoby (meno a priezvisko zákonného zástupcu v prípade maloletého):

.....

Bydlisko dotknutej osoby: .....

Ako dotknutá osoba v zmysle čl. 7 ods. 1 NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov dávam svoj súhlas spoločnosti Go Create Performance s.r.o., Saratovská 83, 93405 Levice, IČO: 46865527 na spracúvanie mojich osobných údajov na vymedzený účel.

### Účely spracúvania:

- vykonanie spiroergometrického testovania a diagnostiky,
- evidencia poskytnutých služieb,
- komunikácia so mnou v súvislosti s poskytnutými službami,
- archivácia výsledkov testovania pre odborné a dokumentačné účely.

### Rozsah spracúvaných údajov:

- identifikačné údaje (meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo),
- kontaktné údaje (adresa bydliska, e-mail, telefón),
- telesné parametre (výška, hmotnosť, vek),
- údaje o zdravotnom stave uvedené v anamnestickom dotazníku,
- výsledky testovania.

Bol/a som poučený/á o svojich právach v súvislosti so spracúvaním osobných údajov. Moje údaje nebudú poskytované tretím stranám bez môjho výslovného súhlasu, okrem prípadov vyžadovaných zákonom. Osobné údaje budú uchovávané po dobu 5 rokov od poskytnutia služby, resp. do odvolania súhlasu, ak zákon nevyžaduje dlhšiu dobu uchovávania.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a o spracovaní údajov riadne poučený/á, informácie som dostal/a zrozumiteľne, bez nátlaku a dobrovoľne s tým súhlasím.

V Bratislave dňa .....

.....

Podpis dotknutej osoby



Kopčianska 16, 851 01 Bratislava, [centrum@go-create.sk](mailto:centrum@go-create.sk)

## Osobná anamnéza športovca

Vážená klientka, vážený klient!

Nevyhnutnou podmienkou pre úspešné vyšetrenie spiroergometrie, najmä z hľadiska predchádzania akýchkoľvek komplikácií, je oboznámenie sa s Vaším aktuálnym zdravotným stavom. Z uvedených dôvodov Vás prosíme o zodpovedné vyplnenie tohto dotazníka s označením odpovede na jednotlivé otázky. **Správne odpovede označte krížikom v danom stĺpci!**

|                                                                                                                      | ÁNO | NIE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Ste fajčiar/ka? Ak áno, ako dlho fajčíte? Koľko cigariet denne?<br>.....                                             |     |     |
| Boli ste niekedy fajčiar/ka? Ak áno, ako dlho ste fajčili? Koľko cigariet denne?<br>.....                            |     |     |
| Boli ste v posledných 2 týždňoch nachladnutý/á alebo chorý/á?                                                        |     |     |
| Bolo Vám niekedy mdlo alebo sa Vám točila hlava pri cvičení?                                                         |     |     |
| Pociťovali ste niekedy tlak na hrudi?                                                                                |     |     |
| Vyvolal Vám šport niekedy tlak na hrudi?                                                                             |     |     |
| Pociťovali ste niekedy zvieranie na hrudi, kašeľ alebo sipot, ktoré by Vám zabraňovali vo vykonávaní aktivity?       |     |     |
| Boli ste niekedy hospitalizovaný kvôli astme?                                                                        |     |     |
| Mali ste niekedy záchvat?                                                                                            |     |     |
| Diagnostikovali Vám epilepsiu?                                                                                       |     |     |
| Zakázal Vám niekedy doktor, aby ste nešportovali kvôli zdravotným ťažkostiam?                                        |     |     |
| Diagnostikovali Vám vysoký krvný tlak?                                                                               |     |     |
| Povedal Vám niekedy lekár, že máte vysoký cholesterol?                                                               |     |     |
| Máte problémy s dýchaním alebo kašlete počas športovania?                                                            |     |     |
| Mali ste niekedy závrat počas alebo po cvičení?                                                                      |     |     |
| Pociťovali ste niekedy bolesť na hrudníku počas alebo po cvičení?                                                    |     |     |
| Pociťovali ste niekedy rýchle búšenie srdca alebo nepravidelný srdcový rytmus v pokoji?                              |     |     |
| Unavíte sa pri cvičení rýchlejšie ako Vaši známi?                                                                    |     |     |
| Diagnostikovali Vám niekedy šelest?                                                                                  |     |     |
| Diagnostikovali Vám arytmiu?                                                                                         |     |     |
| Mali ste niekedy iný problém so srdcom?                                                                              |     |     |
| Mali ste nejakú závažnú vírusovú infekciu za posledných 6 mesiacov (napr. myokarditída alebo infekčná mononukleóza)? |     |     |

|                                                                                       |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Diagnostikovali Vám niekedy reumatickú horúčku?                                       |  |  |
| Máte nejaké alergie? Ak áno, aké?<br>.....                                            |  |  |
| Diagnostikovali Vám cukrovku?                                                         |  |  |
| Užívate nejaké lieky? Ak áno, aké?<br>.....                                           |  |  |
| Užívali ste niekedy dlhodobo nejaké lieky? Ak áno, aké?<br>.....                      |  |  |
| Pociťujete nejaké iné zdravotné ťažkosti? Ak áno, aké?<br>.....                       |  |  |
| Boli Vám v minulosti diagnostikované nejaké iné závažné ochorenia? Ak áno, aké? ..... |  |  |

## Rodinná anamnéza športovca

Mal niekto vo Vašej rodine (súrodenci, rodičia, starí rodičia) vo veku pod 50 rokov nasledujúce zdravotné ťažkosti?

**ÁNO      NIE**

|                                                                     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|
| Bol liečený na opakované mdloby?                                    |  |  |
| Bol liečený na náhlu cievnu mozgovú príhodu?                        |  |  |
| Bol liečený na náhlu brušnú príhodu?                                |  |  |
| Mal nevysvetliteľné záchvatové problémy?                            |  |  |
| Netopil sa niekedy pri plávaní z nevysvetliteľných dôvodov?         |  |  |
| Nemal nevysvetliteľnú autonehodu?                                   |  |  |
| Nemal transplantáciu srdca?                                         |  |  |
| Zomrel náhle a neočakávane?                                         |  |  |
| Nemal implantovaný pacemaker (kardiostimulátor) alebo defibrilátor? |  |  |
| Bol liečený na arytmiu?                                             |  |  |
| Bol liečený na vysoký krvný tlak?                                   |  |  |
| Bol liečený na vysoký cholesterol?                                  |  |  |
| Mal operáciu srdca?                                                 |  |  |
| Zažil niekto z Vašej rodiny náhlu smrť novorodenca?                 |  |  |