

Helbreds- og stamoplysninger for elitesportsfolk i Team Danmark regi. Alle felter udfyldes, marker med "0" eller "-", hvis der ikke er noget at bemærke til spørgsmålet. Oplysningerne er fortrolige og vil kun være tilgængelige for sundhedsfagligt personale. Skemaet afleveres i Team Danmarks idrætssklinikker, hos Team Danmarks ernæringsvejleder eller sendes til lægesekretær Vivian Sønnicksen, Team Danmark, Idrættens Hus, 2605 Brøndby.

Navn: _____ cpr.nr. _____

Adresse: _____

Postnr., by _____ Land: _____

Mobiltlf.: _____ Stilling/erhverv: _____

e-mail: _____ Klub: _____

Specialforbund: _____

Landstræner: _____ Sportschef/eliteansvarlig: _____

Specifik funktion i sporten: _____

(f.eks. håndbold: stregspiller, badminton: venstrehåndet, mixdouble, atletik: 110 m hæk)

Ernæringsvejl.: _____ Idrætspsykolog: _____

Fysisk/spec.træner: _____

Testcenter (Bispebjerg/Odense, evt. begge): _____

Egen læge (navn, adresse, tlf.nr.): _____

Højde: _____ cm Vægt: _____ kg

Startår sport: _____ Startår elitesport: _____

(elitesport defineres her som træning/kamp > 4 x ugl.)

Total træningsvolumen pr. uge (i timer): _____

Disciplin træning: _____

Styrketræning: _____

Genoptræning: _____

Anden sports/aktivitet: _____

Andre sygdomme (astma, hjerteproblemer, sukkersyge, epilepsi, tendens til hovedpine, andet):

Allergi (overfølsomhed over for medicin, pollen, nikkel eller andet. Nævn allergisk reaktion f.eks. hududslæt, astma, eller øjen-/næsesymptomer):

TUE (Therapeutic Use Exemption) _____ (ja/nej)
(udstedes til udøvere der er afhængige af medicin, som er på dopinglisten):

Medicin (tager du medicin, enten i perioder eller fast. Gælder ikke naturmedicin, vitaminpiller og andre naturlige tilskud):

Naturmedicin og kosttilskud

Tager du naturmedicin eller kosttilskud, enten i perioder eller fast (f.eks. vitamintilskud, Creatin og andre tilskud ?)

ja ____ nej ____

Hvis ja, hvilke: _____

Sportsprodukter:

Anvender du fast sportsprodukter, enten i perioder eller altid (f.eks. sportsdrik, energibar eller andre specialprodukter)?

Skader og problemer fra bevægeapparatet (arme, ben, ryg m.m.). Nævn tidligere og nuværende skader (f.eks. hyppige forvridninger af højre ankel, brækket hør. underarm 1999, spiller med bandage, o.a.):

Overtræning:

Har du på noget tidspunkt været i overtræning ja ____ nej ____

Hvis ja, hvornår, i hvor lang tid og hvordan blev det behandlet:

Jernmangel

Har du indenfor det sidste år, hos læge fået påvist jernmangel ja ____ nej ____

Hvis ja, hvilken behandling blev startet:

For kvindelige udøvere

Alder ved første menstruation: _____ år

Har du på noget tidspunkt haft uregelmæssig eller eller udebleven menstruation? ja ____ nej ____

Har du på noget tidspunkt søgt læge i forbindelse med uregelmæssig eller udebleven menstruation? ja ____ nej ____

Hvis ja, hvilken behandling blev iværksat? _____

Har du haft regelmæssigt menstruation i løbet af det seneste år? ja ____ nej ____

Hvor mange menstruation har du haft i løbet af det seneste år? _____
 0-3 4-8 9 el. flere

Vaccinationer

Vaccination	Måned/år for sidste vaccination	Vaccinerende institution egen læge, skadestue, Serum-instituttet, Team Danmark, anden
Stivkrampe (tetanus)		
Difteri (givet rutinemæssigt sammen med stivkrampe fra 1998)		
Smitsom leverbetændelse (Hepatitis), både 1. og 2. vacc.*		
Andre f.eks. tyfus, gulfeber, japansk hjernehindebetændelse		

*Vaccination mod smitsom leverbetændelse skal gives 2 gange inden for 1 år for at have langvarig virkning. Gammaglobulin (oftest som injektion i balle) givet mod leverbetændelse regnes ikke som vaccination, idet gammaglobulin - i modsætning til vaccination - kun virker få måneder.

Dato: _____ Underskrift: _____