



TÜRKİYE KICK BOKS FEDERASYONU

SPORCU TARTI FORMU

ADI SOYADI :

SIKLET :kg.

FAALİYETİN ADI - YERİ :

İLİ :

KATEGORİSİ :

KULÜBÜ :

KUŞAK DERECESESİ :

ANTRENÖR TEL. :

FED. SİCİL NO :

SPORCU TEL. :

SPORCUNUN KATILACAĞI BRANŞ

Point Fighting

K-1 Style

Light Contact

Low Kick

Kick Light

Full Contact

SAĞLIK ONAYI - MÜSABAKA DOKTORU

Bu belgede adı geçen sporcunun tıbbi muayenesinin ölçülerinin sınırları içinde olduğunu beyan ederim.

Tarih :

Mühür - İmza :

Doktor

Adı Soyadı :

SPORCU İMZASI:

AĞIRLIK ONAYI - TARTI HAKEMİ

Bu belgede adı geçen sporcunun resmi tartısının yapıldığı ve bu şampiyonaya katılabileceğini beyan

Tarih :

İmza :

Hakem

Adı Soyadı:

SPORCU

İMZASI:

NOT: Tartıya gelen sporcu bu formla birlikte yeni çıkarılmış lisansını ve lisans fotokopisini, nüfus cüzdanını, federasyonca verilen kimlik defteri ve sporcu kimlik kartını da ibraz edecektir.

SPORCULAR TARTI FORMUNU DOKTOR VE HAKEM NEZARETİNDE İMZALAMASI ZORUNLUDUR.

SPORCU SAĞLIK MUAYENE TAAHHÜTNAMESİ

Alışkanlıklar:

Uyku sorununuz var mı? Evet ()Hayır ()
 Takip ettiğiniz özel bir beslenme şekli var mı? Evet ()Hayır ()
 Son bir yıl içinde 10 kilodan daha fazla ya da daha az kilo kaybımız oldu mu? Evet ()Hayır ()

Alkol:..... Sigara:..... Diğer:..... (kullanım sıklığı ve miktarı belirtiniz)

Aile Öyküsü (Aile bireylerinde veya yakın akrabalarınızda olan hastalıkları belirtiniz.)			
Sağlık Sorunu	Var	Yok	Akrabalık Derecesi
Kalp Hastalığı nedeniyle aniden ölen	()	()	
Kalp Hastalığı olan	()	()	
Yüksek Tansiyon	()	()	
Tüberküloz (Verem)	()	()	
Kanser veya Tümör	()	()	
Migren veya Şiddetli Baş Ağrısı	()	()	
Diyabet (şeker hastalığı)	()	()	
Böbrek – Mesane Hastalıkları	()	()	
Anemi (kansızlık) örn: Akdeniz Anemisi	()	()	
Mide ve Barsak Hastalıkları	()	()	
Alerji	()	()	
Astım	()	()	

Sağlık özgeçmişinizle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız;

Mevcut bir hastalığınız var mı?
Halen kullandığınız ilaçlar nelerdir?
Hastanede yatmanızı gerektirecek bir sağlık sorununuz oldu mu?
Trafik kazası-kafa travması geçirdiniz mi?
Hiç ameliyat oldunuz mu?
Alerjiniz var mı? (polen, yiyecek, ilaç, böcek, vs)
Spor yaparken herhangi bir şikâyetiniz var mı?
Spor yaralanması geçirdiniz mi?
Performansı arttırmak, kilo almak ya da kilo vermek için herhangi bir madde kullandınız mı, halen kullanmaya devam ediyor musunuz? (kreatin, aminoasit, vitamin, vs)

Sağlık Sorununuz Var mı?	Evet	Hayır	Ne Zamandan Beri?
Özellikle antrenman yaparken göğüs ağrısı, çarpıntı	()	()	
Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma	()	()	
Çok çabuk yorulma	()	()	
Sık kas krampları ve yaygın kas ağrıları	()	()	
Kas, eklem, tendon sorunu	()	()	
Vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma, his kaybı	()	()	
Bayılma nöbetleri	()	()	
Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, denge kaybı	()	()	
Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama	()	()	
Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık	()	()	
Karın ağrısı, ishal, kabızlık	()	()	
Dışkıda kan, dışkının koyu, siyah renkli olması	()	()	
Bağırsak paraziti (solucan, kurt, şerit vb.)	()	()	
Sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma veya akıntı	()	()	
Vücutta şişlikler (koltuk altında, kasıklarda, boyunda)	()	()	
Gözlerde görme kusuru, kaşıntı, kızarıklık, sulanma	()	()	
Kulak ağrısı, akıntısı, çınlaması, işitme güçlüğü	()	()	
Burundan nefes almada güçlük	()	()	
Sık burun kanaması	()	()	
Diş ve dişeti sorunu (çürük vb.)	()	()	
Diğer	()	()	

Daha önce aşağıdaki nedenlerle hekime ya da hastaneye başvurduunuz mu?			
Sağlık Sorunu	Evet	Hayır	Ne Zaman Beri?
Kalp rahatsızlığı	()	()	
Kalp romatizması	()	()	
Akut eklem romatizması	()	()	
Yüksek ya da düşük tansiyon	()	()	
Astım veya diğer solunum hastalığı	()	()	
Kan hastalıkları, kansızlık	()	()	
Varis, basur, damar iltihabı	()	()	
Diyabet (şeker hastalığı)	()	()	
Epilepsi (sara)	()	()	
Guatr	()	()	
Sarılık (Hepatit A, B, veya C)	()	()	
Zührevi (cinsel yolla bulaşan) hastalıklar	()	()	
Böbrek-mesane hastalıkları (kum, taş vb.)	()	()	
Migren	()	()	
Kulak, kurun boğaz sorunları (sinüzit, bademcik vb.)	()	()	
Cilt hasatlığı (egzama, mantar, siğil, uçuk vb.)	()	()	
Sıtma	()	()	
Diğer eklem hastalıkları	()	()	
Fıtık	()	()	
Gözlük- kontak lens kullanıyor musunuz?	()	()	
Herhangi bir işitme sorunuz var mı?	()	()	
Bunun için bir aparat kullanıyor musunuz?	()	()	
Böbreğiniz iki tane mi?	()	()	
Testisiniz iki tane mi?	()	()	
Gıda-ilaç alerjisi	()	()	
Hamilelik şüpheniz var mı?	()	()	

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Sporcunun imzası :

**Sporcu Velisinin imzası
Sorumlu Antrenörünün İmzası
(18 yaşın altında ise)**

Tarih:/...../.....

İmza