



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Zdravotní dotazník

Vážení studenti,

jsme potěšeni Vaším zájmem o účast na kurzu z nabídky Akademického centra osobnostního rozvoje (ACOR). Jak jistě víte, jedná se o kurz probíhající ve zcela odlišných podmínkách, než bývá na akademické půdě obvyklé (pobyt v přírodě, techniky vyžadující Vaši fyzickou i psychickou aktivitu apod.). S ohledem na tyto podmínky je zapotřebí zohlednit při přípravě programů aktuální stav a možnosti a schopnosti účastníků. Stejně tak je zapotřebí zajistit adekvátní úroveň případné zdravotní péče. Prosíme Vás tedy proto o pečlivé vyplnění následujícího dotazníku. S poskytnutými informacemi bude nakládáno ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. a budou sloužit pouze organizačnímu týmu ACOR v souvislosti s potřebami tohoto kurzu.

Jméno a příjmení

Datum narození

V případě nutnosti máme podat zprávu (jméno, telefon, váš vztah k této osobě)

.....

Na následující otázky odpovídejte zakroužkováním odpovědi ANO nebo NE:

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. vysoký nebo nízký tlak, jiné oběhové problémy | ANO | NE |
| 2. srdeční problémy | ANO | NE |
| 3. astma, zápalý plic a jiná plicní onemocnění | ANO | NE |
| 4. aktuální či nedávno proběhlé potíže, popř. onemocnění pohybového aparátu (páteř, kolena, kotníky atd.) | ANO | NE |
| 5. infekční onemocnění (hepatitidy, salmonelóza, mononukleóza, borelióza atd.) | ANO | NE |
| 6. diabetes (cukrovka) | ANO | NE |
| 7. epilepsie, příp. jiná onemocnění s křečovými stavy | ANO | NE |
| 8. psychické obtíže (strach z výšek, klaustrofobie atd.), které by Vás či ostatní mohly ovlivnit v průběhu kurzu | ANO | NE |
| 9. pobyt v nemocnici, návštěva pohotovosti v posledním roce | ANO | NE |
| 10. těhotenství | ANO | NE |
| 11. jiné (kožní onemocnění atd.) | ANO | NE |

Pokud jste na některou z předchozích otázek odpověděl(a) kladně, pokuste se, prosím, věc blíže specifikovat.

.....

.....

.....

.....

.....

Užíváte, prosím, nějaké léky?

ANO

NE

Název léku

Máte jej s sebou?

Máte alergii?

ANO

NE

Na jakou látku?

Obvyklá reakce

Máte nějaký dietní režim?

ANO

NE

Datum:

Podpis:

Svým podpisem stvrzuji, že jsem zdravotní dotazník vyplnil(a) pravdivě a úplně a že jsem nezamlčel(a) žádné závažné informace o svém aktuálním zdravotním stavu. Zároveň prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o bezpečném chování na kurzu. Beru na vědomí, že v případě, že jsem uvedl(a) nepravdivé či neúplné údaje, nepřebírá Akademické centrum osobnostního rozvoje FF MU, ani nikdo jiný z jeho partnerských organizací odpovědnost v případě mého zdravotního či jiného poškození.