



SBKF Kampsports Pre & Post

Medicinska formulär

Klubbtillhörighet		Namn		Födelsedatum	
Telefonnummer		Tävlingskortsnummer		Tidigare avstängning	
Tävling	Matchdag	Nuvarande medicinering		Vikt	
Viktklass	Senaste match	Tagna läkemedel senaste veckan		Allergier	
Hjärnskakningar /KO <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Om ja Hur många – Senaste -		
Symtom på huvudvärk, illamående, kräkning eller yrsel de senaste 2 veckorna efter slag mot huvudet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Symtom på förkylning, sjukdom senaste månaden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Tidigare sjukdomshistoria					
Blodtryck /	Puls	Ögon <input type="checkbox"/> Normal	ÖNH <input type="checkbox"/> Normal	Hjärta <input type="checkbox"/> Normal	Lungor <input type="checkbox"/> Normal
Bröstkorg <input type="checkbox"/> Normal	Mage <input type="checkbox"/> Normal	Händer <input type="checkbox"/> Normal	Fötter <input type="checkbox"/> Normal	Hud <input type="checkbox"/> Normal	
Grovneurologi <input type="checkbox"/> Normal			Temp (v.b.) <input type="checkbox"/> Normal		
Avseende given medicinsk anamnes och statusfynd, finner jag ovannämnd kampsportare frisk för kamp på ovanstående datum.			Jag har inte undanhållit någon information gällande min hälsa till undersökande läkare. Jag förstår allvarligheten med att underhålla information om nyliga hjärnskakningar, sjukdomar, mediciner eller andra hälsoproblem och riskerna det kan medföra.		
Läkares signatur		Datum	Kampsportares signatur		Datum
Efter match					
Hud <input type="checkbox"/> Normal			Huvud/neurologiskt <input type="checkbox"/> Normal		
Ortopediskt <input type="checkbox"/> Normal			Andra skador <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja -		
Behandling					
Läkares kommentar				Avstängning	
Läkares signatur		Datum	Kampsportares signatur		Datum

