

**SAĞLIK ANKETİ**

Tarih: \_\_\_\_\_

Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_ Doğum tarihi: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon (Cep): \_\_\_\_\_ (İş): \_\_\_\_\_

E-mail adresi: \_\_\_\_\_

**Acil Durumlarda İletişime Geçilecek Kişi**

Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_ Yakınlığı: \_\_\_\_\_

Telefon (Cep): \_\_\_\_\_ (Ev): \_\_\_\_\_

**Kişisel Doktor**

Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_

**Mevcut Durum/Hastalık Geçmişi**

Şu anda ya da geçmişte aşağıdaki sağlık sorunlarından herhangi birini yaşıyor musunuz veya yaşadınız mı?  
(Cevabınızın evet olduğu maddelerin yanını işaretleyiniz)

\_\_\_\_\_ Romatizmal ateş

\_\_\_\_\_ Yeni geçirilmiş ameliyat

\_\_\_\_\_ Ödem (ayak bileklerinde şişme)

\_\_\_\_\_ Yüksek tansiyon

\_\_\_\_\_ Düşük tansiyon

\_\_\_\_\_ Sırt, bel veya diz yaralanması

\_\_\_\_\_ Nöbetler (epilepsi, sara vb)

\_\_\_\_\_ Akciğer hastalığı

\_\_\_\_\_ Kalp krizi veya bilinen kalp hastalığı

\_\_\_\_\_ Bayılma veya baş dönmesi

\_\_\_\_\_ Diyabet (şeker hastalığı)

\_\_\_\_\_ Yüksek Kolesterol

\_\_\_\_\_ Ortopne (rahat nefes almak için oturur pozisyonda olma ihtiyacı) veya paroksizmal (ani, beklenmedik atak) ve noktürnal dispne (gece yaşanan nefes darlığı)

- \_\_\_\_\_ Dinlenme veya hafif eforla ortaya çıkan nefes darlığı
- \_\_\_\_\_ Göğüs ağrıları
- \_\_\_\_\_ Çarpıntı veya taşikardi (olağandışı güçlü veya hızlı kalp atışı)
- \_\_\_\_\_ Aralıklı topallama (baldırda kramplar)
- \_\_\_\_\_ Göğüs, boyun, çene, kol veya diğer bölgelerde ağrı, rahatsızlık hissi
- \_\_\_\_\_ Bilinen kalp üfürümü (kalpte anormal ses)
- \_\_\_\_\_ Normal hareketler sırasında olağandışı yorgunluk veya nefes darlığı
- \_\_\_\_\_ Görme veya konuşmada geçici azalma/kayıp veya vücudun tek tarafında, kolda veya bacakta kısa süreli uyuşukluk veya zayıflık
- \_\_\_\_\_ Kanser
- \_\_\_\_\_ Diğer (lütfen belirtiniz): \_\_\_\_\_

### **Aile Öyküsü**

Birinci dereceden akrabalarınızdan herhangi birinde (anne-baba, kardeş veya çocuk) aşağıdaki hastalık ya da sağlık sorunlarından herhangi biri mevcut mu? (Cevabınız evet ise işaretleyin.) Ayrıca lütfen söz konusu durumunun ne zaman geçirildiğini de yazınız.

- \_\_\_\_\_ Kalp krizi
- \_\_\_\_\_ Kalp ameliyatı (Baypas ameliyatı, Anjiyoplasti, Koroner Stent takılması)
- \_\_\_\_\_ Doğuştan kalp hastalığı
- \_\_\_\_\_ Yüksek tansiyon
- \_\_\_\_\_ Yüksek kolesterol
- \_\_\_\_\_ Diyabet (şeker hastalığı)
- \_\_\_\_\_ Diğer önemli hastalıklar: \_\_\_\_\_

İşaretledikleriniz durumlarla ilgili açıklama yazınız:

---

---

---

### **Aktivite Geçmişi**

1. Bu programa nasıl yönlendirildiniz? (Lütfen açık ve kesin bilgiler veriniz)

---

2. Bu programa neden katılıyorsunuz? (Lütfen açık ve kesin bilgiler verin)

---

3. Daha önce hiç bir kişisel antrenörle çalıştınız mı? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

4. Bir doktor tarafından gerçekleştirilen son muayenenin tarihi: \_\_\_\_\_
5. Şu anda düzenli bir egzersiz programına katılıyor musunuz?  
Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_ Evet ise lütfen kısaca açıklayın:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Şu anda yorulmadan 5-6 km yol yürüyebiliyor musunuz? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
7. Geçmişte hiç direnç egzersizleri yaptınız mı?  
Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_
8. Egzersiz yapmanızı engelleyebilecek herhangi bir yaralanma (kemik veya kaslarda fonksiyon/şekil bozukluğuna yol açan) geçirdiniz mi?  
Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_ Evet ise, kısaca açıklayın:  
\_\_\_\_\_
9. Sigara içiyor musunuz? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_ Evet ise, günde kaç tane içiyorsunuz ve sigara içmeye kaç yaşında başladınız? Her gün içtiğiniz sigara sayısı \_\_\_\_\_ Başladığınız yaş \_\_\_\_\_
10. Şu anda kaç kilosunuz? \_\_\_\_\_ Bir yıl önce kaç kiloydunuz? \_\_\_\_\_  
21 yaşında kaç kiloydunuz? \_\_\_\_\_
11. Boyunuz ne kadar? \_\_\_\_\_
12. İzlediğiniz özel bir beslenme planı var mı veya yakın bir tarihte böyle bir plan izlediniz mi ve genel olarak beslenme alışkanlıklarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Şu anda kullandığımız herhangi bir ilaç varsa, lütfen aşağıya yazınız.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Kişisel sağlık ve fiziksel zindelik hedeflerinizi öncelik sırasına göre belirtin.  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_

Teşekkürler.