

HÄLSODEKLARATION - KONDITIONSTEST



NAMN:

Adress:

Emailadress.....

.....

Man Kvinna Är du gravid

Längd: Vikt:.....

Det är viktigt att du talar om för testledaren om du av någon anledning inte kan genomföra testet.

	JA	NEJ	
Överkänslighet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Om JA, mot vad?.....
Blodsmitta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Om JA, vilken ?.....
Hjärtsjukdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Om JA, vilken?.....
Högt blodtryck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pacemaker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mekanisk hjärtklaff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Höftprotes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Övriga sjukdomer eller/och operationer:		
Antibiotika eller Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Waran, Trombyl eller annat blodförtunnande läkemedel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Daglig medicinering:		

AUSTROSWEDE SPORTS COMPETENCE CENTER kan inte hållas ansvarig för eventuella skador eller olyckor i samband med testet. Jag är medveten att mätningarna sker på egen risk och jag har rätt att när som helst avbryta.

Jag förstår ovanstående information och ger mitt medgivande att delta.

Södertälje den

.....(Namnteckning).....(Personnummer)