نموذج الفحص الصحي للعميل

يُعبّأ قبل أول جلسة تدريب. إجاباتك سرية.

ضع شعارك هنا

الاسم الكامل _____ تاريخ الميلاد _____

الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____

جهة الطوارئ (الاسم والهاتف) _____ التاريخ _____

يرجى الإجابة عن كل سؤال بصدق

1	هل سبق أن أخبرك طبيب بوجود مشكلة في القلب؟	☐ نعم	☐ لا
2	هل تشعر بألم في الصدر أثناء النشاط البدني؟	☐ نعم	☐ لا
3	هل شعرت بألم في الصدر خلال الشهر الماضي دون أن تمارس نشاطاً بدنياً؟	☐ نعم	☐ لا
4	هل تفقد توازنك بسبب الدوخة، أو سبق أن فقدت الوعي؟	☐ نعم	☐ لا
5	هل لديك مشكلة في العظام أو المفاصل قد تتفاقم بالتمرين؟	☐ نعم	☐ لا
6	هل يصف لك الطبيب حالياً دواءً لضغط الدم أو لحالة قلبية؟	☐ نعم	☐ لا
7	هل تعرف أي سبب آخر يمنعك من ممارسة التمرين؟	☐ نعم	☐ لا

الأدوية الحالية (إن وجدت) _____

إصابات أو عمليات أو حالات صحية ينبغي أن نعرفها _____

أهدافك التدريبية _____

إذا أجبت بـ «نعم» عن أي سؤال، فاحصل على موافقة مكتوبة من طبيبك قبل بدء التدريب أو الاختبارات.

أُقرّ بأن إجاباتي صحيحة وكاملة. وأتعهد بإبلاغ مدربي إذا تغيّرت حالتي الصحية، وأمارس التمرين على مسؤوليتي ضمن حدود نصيحة طبيبي.

توقيع العميل _____ توقيع المدرب _____

هذا نموذج عام للفحص الصحي، وليس مستنداً طبياً وليس نموذج PAR-Q أو PAR-Q+ الرسمي، ولا يغني عن استشارة الطبيب. نموذج مجاني من WellCore Solutions، wellcoresolutions.net