

STATUS SPELARE

Klubb: _____ Datum: _____

Spelare: _____ Personnummer: _____

Adress: _____ Tel/mail: _____

Läkare: _____ Tel/mail: _____

Sjukgymnast/
Annan vårdgivare: _____ Tel/mail: _____

Position i laget: _____

Tidigare klubbar: _____

Vikt: _____ Längd: _____

Vaccinationer: _____

Allergi: _____

Regelbundna mediciner inkl p-piller: _____

Hb/järnstatus: _____ Datum: _____

Hjärtanamnes: _____

Hjärtscreeing: JA NEJ

Om ja, när och var? : _____

Tidigare sjukdomar inkl barnsjukdomar: _____

Tidigare skador med frånvaro med än 2 veckor: _____

Tidigare operationer:

Använder du inlägg/ortos/skydd regelbundet?:

Ledstatus:

Höger

Vänster

Axel:

Armbåge

Handled:

Fingrar:

Höft:

Knä:

Fotled:

Rygg:

Funktionell screening?:

Grönt kort lyftteknik?:

JA

NEJ

Om ja, var? När?

Fystester gjorda?:

JA

NEJ

Om ja, vilka? Resultat? När? Var?

