

VPRAŠALNIK TELESNE AKTIVNOSTI



EUROPEAN FITNESS BADGE



Priimek in ime	e-mail	starost	spol	datum

VPRAŠALNIK TELESNE AKTIVNOSTI

Izberite eno od petih podanih možnosti, ki najbolje opiše vašo običajno telesno aktivnost med tednom.

1 Opravljam le dnevne aktivnosti kot so hišna in družinska opravila.

2 Poleg vsakodnevnih opravil se redno (pet dni v tednu ali pogosteje) ukvarjam s telesno dejavnostjo nizke intenzivnosti v trajanju najmanj 10 minut, kot je na primer hoja, pri čemer se moj srčni utrip rahlo poveča oziroma sem rahlo bolj zadihan/a.

3 V običajnem tednu 20 minut do ene ure namenim telesni dejavnosti zmerne intenzivnosti kot je fitnes ali druga skupinska vadba, tek, plavanje, kolesarjenje ali hitra hoja, pri čemer se moj srčni utrip in dihanje znatno povečata.

4 V običajnem tednu namenim 1 do 3 ure telesni dejavnosti zmerne do visoke intenzivnosti kot je fitnes ali druga skupinska vadba, tek, plavanje, kolesarjenje ali hitra hoja.

5 V običajnem tednu namenim več kot tri ure telesni dejavnosti zmerne do visoke intenzivnosti kot je fitnes ali druga skupinska vadba, tek, plavanje, kolesarjenje ali hitra hoja.



EUROPEAN FITNESS BADGE



IZJAVA O SOGLASJU

Dogodek:

Datum:

S podpisom potrjujem, da soglašam z naslednjimi točkami:

- 1 Sem ustrezno seznanjen glede testiranja in vem, da lahko v vsakem trenutku vprašam izvajalca za dodatna pojasnila.
- 2 Sodelujem prostovoljno in na lastno odgovornost.
- 3 Kadar koli lahko prekinem sodelovanje.
- 4 Soglašam z uporabo mojih osebnih podatkov (starost, spol in testni rezultati) za potrebe analiz/izračunov in objavo študij.
Dovoljujem organizaciji, da vnese moje podatke in testne rezultate v spletno platformo za potrebe izračunov mojih testnih rezultatov in tiska mojega certifikata.
- 5 Za tem bodo moji osebni podatki anonimizirani (glej točko (4)).
- 6 Dovoljujem, da organizacija moj certifikat posreduje izbranemu vodji testiranja (osebi pooblaščen za komuniciranje z organizacijo) preko elektronske pošte ali osebno.

Prebral sem in razumel izjavo o soglasju ter se strinjam z navedenim.

Datum in podpis testiranca

ZDRAVSTVENI VPRAŠALNIK



EUROPEAN
FITNESS BADGE



Pozorno preberite naslednjih sedem vprašanj in v ustrezen kvadratik ob vprašanju označite z (x) DA ali NE.

ZDRAVSTVENI VPRAŠALNIK

		DA	NE
1	Vas je zdravnik opozoril, da ste srčni bolnik in da pri telesni aktivnosti upoštevajte priporočila zdravnika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ali čutite bolečino v prsih, kadar ste telesno aktivni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ali ste v zadnjem mesecu imeli bolečine v prsih, medtem ko niste bili telesno aktivni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ali imate težave z ravnotežjem zaradi vrtoglavice ali izgube zavesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ali imate kakršno koli težavo/poškodbo/fizično omejitev (npr.:sklep, zlom, težave z križem, mišice), ki bi se lahko poslabšala zaradi spremembe vaše telesne aktivnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ali vam trenutno zdravnik predpisuje zdravila za kri ali srce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ali obstaja katerikoli drug razlog, zaradi katerega ne bi smeli izvajati telesne aktivnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potrjujem resničnost izjave.

Podpis testiranca

PAR-Q je pregledl vodja in testiranje (EFB) se lahko opravi.

DA

Podpis vodje
tetiranja