**LEKÁRSKA SPRÁVA WT**

* **Tento dokument je určený pre všetkých športovcov, ktorí chcú získať lekársku správu o svojom zranení alebo chorobe, ktorú im do záznamu napíše lekár.**
* **Tento formulár môže vyplniť a vydať len poverený lekár WT, oficiálny lekársky riaditeľ (OMD) alebo konzultant (špecialista) v určenej nemocnici OC.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÁZOV SÚŤAŽE (mesto/krajina)** |  |
| **DÁTUM NAHLÁSENIA (DD/MM/RR)** |  |
| **NÁZOV NÁRODNÉHO ZDRUŽENIA** |  |
| **ATHELTE NAME**  **(meno / PRIEZVISKO)** |  |
| **GENDER** | MUŽI ŽENY |
| **Číslo WT GAL** |  |
| **Dátum narodenia** | (deň/mesiac/rok) |
| **Hmotnostné rozdelenie** | KG |
| **Dátum / miesto úrazu/ochorenia** |  |
| **Vysvetlenie zranenia/ochorenia**  (ako došlo k úrazu a aký bol jeho následok) |  |
| **Diagnóza zranenia/ochorenia** |  |
| **Významné príznaky a nálezy**  **Výsledky zobrazovacích vyšetrení (röntgen, ultrazvuk, CT, MRI atď.)** |  |
| **Manažment zranenia**  **(ošetrenie zranených športovcov)** |  |
| **Odporúčania** |  |
| **Súdny lekár**  **(meno / titul / podpis / e-mailová adresa)** |  |
| **Zranený športovec**  **(meno / podpis / e-mailová adresa)** |  |
| **Úradník tímu (vedúci tímu / tréner / lekár tímu) alebo opatrovník**  **(meno / podpis / e-mail)** |  |