

**Jméno:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kontaktní telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emailová adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Povolání**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uveďte, vyžaduje-li vaše povolání více 🞏 mluvení nebo 🞏 fyzické námahy. (zakřížkujte)

Pokud je třeba, napište další detaily: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zakroužkujte odpověď*:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Máte přes den stres?** | **Nikdy** | **Občas** | **Často** | **Velmi často** |
| **Míváte studené nohy nebo ruce?** | **Nikdy** | **Občas** | **Často** | **Velmi často** |
| **Všímáte si, že přes den pravidelně zíváte?** | **Nikdy** | **Občas** | **Často** | **Velmi často** |
| **Dýcháte v noci ústy? (budíte se se suchými ústy?)** | **Nikdy** | **Občas** | **Často** | **Velmi často** |
| **Jaké je vaše BOLT skóre? Vydechněte nosem. Chytněte nos a zadržte dech a počítejte vteřiny, dokud neucítíte první konkrétní impulz k dechu.** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kolik hodin týdně fyzicky cvičíte? | Méně než hodinu | 1-2 hod | 2-3 hod | 3-4 hod | 4-5 hod | 5-6 hod | 6-7 hod | 7 a více hod |

Zaškrtněte úroveň příznaků, které pociťujete uvedených níže:

 **1 = Lehké, 2 = Střední, 3 = Vážný**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obtíže**  | **1** | **2** | **3** |  | **Obtíže** | **1** | **2** | **3** |
| Kašel  |  |  |  |  | Nadměrné pocení |  |  |  |
| Sípání |  |  |  |  | Mnoho stresu |  |  |  |
| Astma způsobené cvičením |  |  |  |  | Dráždivý žaludek |  |  |  |
| Časté nachlazení |  |  |  |  | Bolavé svaly |  |  |  |
| Zadýchávání se v klidu |  |  |  |  | Únava |  |  |  |
| Časté vzdychání |  |  |  |  | Insomnie, špatný spánek |  |  |  |
| Časté zívání |  |  |  |  | Špatná koncentrace |  |  |  |
| Spánková apnoe |  |  |  |  | Návaly paniky |  |  |  |
| Chrápání |  |  |  |  | Bolest hlavy |  |  |  |
| Bolest beder |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dotazník Nijmegen**

**Zaškrtněte prosím √ úroveň příznaků, které pociťujete uvedených níže:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obtíže**  |  **Nikdy** **0** | **Zřídka 1** | **Někdy****2** | **Často** **3** | **Velmi často****4** |  | **Obtíže** |  **Nikdy** **0** | **Zřídka 1** | **Někdy****2** | **Často** **3** | **Velmi často****4** |
| Bolest hrudníku |  |  |  |  |  |  | Nafouklý žaludek |  |  |  |  |  |
| Pocit napětí |  |  |  |  |  |  | Mravenčení v prstech |  |  |  |  |  |
| Rozostřené vidění |  |  |  |  |  |  | Neschopnost dýchat hluboce |  |  |  |  |  |
| Závratě |  |  |  |  |  |  | Ztuhlost prstů nebo rukou |  |  |  |  |  |
| Zmatenost, ztráta kontaktu s realitou |  |  |  |  |  |  | Ztuhlost kolem úst |  |  |  |  |  |
| Rychlé nebo hluboké dýchání |  |  |  |  |  |  | Studené ruce nebo nohy |  |  |  |  |  |
| Nedostatek dechu |  |  |  |  |  |  | Bušení srdce |  |  |  |  |  |
| Stažení hrudníku |  |  |  |  |  |  | Úzkost |  |  |  |  |  |
| **Celkem**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(Součet vyšší než 23 až 64 napovídá o syndromu hyperventilace)

Prosím napište jakékoli další příznaky, které zažíváte:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jak jste se dověděli o tomto kurzu?** (zakroužkujte)

* Sociální média
* Přítel
* OxygenAdvantage.com
* Internetový vyhledávač
* Rádio
* Zdravotník
* Jiné

**PRÁVNÍ PROHLÁŠENÍ O ZŘEKNUTÍ SE ODPOVĚDNOSTI**

**Před podpisem si prosím pečlivě přečtěte následující upozornění a případně vyhledejte odbornou právní pomoc.**

Jsem si vědom a souhlasím, že instruktor kurzu není registrovaným lékařem a ani nikdo jiný v Oxygen Research Institute Ltd.. Žádné rady a činnosti prezentované, předváděné nebo doporučené během kurzu nejsou žádným způsobem zamýšleny jako náhrada za lékařskou konzultaci a neměly by nahrazovat ani zasahovat do jakýchkoli pokynů poskytovaných lékařem.

Jsem si vědom a souhlasím, že mohu z jakéhokoli důvodu kdykoliv opustit kurz. Pokud kdykoli v průběhu kurzu pocítím jakoukoli potřebu lékařské nebo jiné pomoci, oznámím tuto skutečnost okamžitě svému instruktorovi kurzu a převezmu za to plnou odpovědnost, včetně opuštění kurzu a získání náležité péče. Pokud se mi nepodaří vyhledat požadovanou lékařskou péči nebo ignoruji lékařskou pomoc, včetně doporučení mého instruktora kurzu, rozumím tomu a souhlasím s tím, že tak učiním na své vlastní riziko.

Jsem si vědoma a souhlasím, že před zahájením školení a cvičení budu muset informovat svého instruktora kurzu o mém těhotenském stavu, pokud existuje. Pokud po zahájení kurzu otěhotním nebo se domnívám, že bych mohla být těhotná, souhlasím s okamžitým zastavením všech cvičení s technikou a informováním svého instruktora kurzu, který mě provede dalším postupem.

Potvrzuji, že jsem si pečlivě přečetl toto zřeknutí se odpovědnosti a plně jsem pochopil, že se jedná o zproštění se odpovědnosti. Tímto výslovně souhlasím se zproštěním a zbavením odpovědnosti svého instruktora kurzu a / nebo kohokoli spojeného s Oxygen Research Institute Ltd. (včetně jeho zaměstnanců, ředitelů a / nebo managementu) ze všech nároků a žalobních důvodů a souhlasím se vzdáním se jakéhokoli práva, o které bych jinak mohl podat žalobu proti uvedeným osobám za újmu na zdraví a / nebo poškození majetku.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis účastníka Hůlkovým písmem jméno a příjmení

Podpis rodiče nebo právní zástupce dítěte mladšího 18 let:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce Hůlkovým písmem jméno a příjmení