



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : Brunhage PRENOM : Steffan
NUMERO DE TELEPHONE : +46 206 6343 16
ADRESSE EMAIL : brunhage@me.com
Number of jumps 88

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez <u>ménisque du genou droit 1999</u>	☒ OUI ☐ NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences)	☐ OUI ☒ NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	☐ OUI ☒ NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez	☐ OUI ☒ NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	☐ OUI ☒ NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez <u>Losartan pour la tension artérielle</u>	☒ OUI ☐ NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez	☐ OUI ☒ NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐ OUI ☒ NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	☐ OUI ☒ NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles ?	☐ OUI ☒ NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive ?	☐ OUI ☒ NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	☐ OUI ☒ NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) Brunhage Steffan certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à Smågen le 22/7/2024 signature : Steffan Brunhage