



TRENIRUOTĖS KUPIŠKYJE

KLAUSIMYNAS DĖL DALYVAVIMO INTERVALINĖJE TRENIRUOTĖJE

1. Ar gydytojas kada nors nustatė Jūsų maksimalų arba treniruojamąjį širdies susitraukimų dažnį ir rekomendavo tik medicinškai pagrįstą fizini aktyvumą?
☐ Taip
☐ Ne
2. Ar po fizinių pratimų Jums skauda krūtinę?
☐ Taip
☐ Ne
3. Ar pastaraisiais mėnesiais poilsio metu Jums skaudėjo krūtinę?
☐ Taip
☐ Ne
4. Ar dėl galvos svaigimo prarandate sąmonę ir pusiausvyrą?
☐ Taip
☐ Ne
5. Ar Jus kamuoja kaulų bei sąnarių ligos ir ar jos paaštrėja atliekant fizinius pratimus?
☐ Taip
☐ Ne
6. Ar gydytojas nuolat išrašo Jums vaistų nuo kraujospūdžio ar širdies ligų (pvz., skatinančių skysčių išsiskyrimą)?
☐ Taip
☐ Ne
7. Ar įvardytumėte kitas priežastis, dėl kurių negalite mankštintis be gydytojo pritarimo?
☐ Taip
☐ Ne

Susiekite su mumis, kad aptarti Jūsų TAIP ir NE atsakymų reikšmes dalyvauti Intervalinėje/ svorio mažinimo treniruotėje.