

OBVEZNI SADRŽAJ ZDRAVSTVENOG UPITNIKA

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije

Osobni podaci

Ime i prezime:

Datum rođenja:

Osobni identifikacijski broj (OIB):

Broj osobne iskaznice ili putovnice:

Broj telefona/mobitela:

Podaci o klubu

Klub:

Sport:

Godina početka treniranja:

Kontakt telefon kluba:

Liječnik obiteljske medicine:

Obiteljska anamneza (podaci o bolestima unutar obitelji)

Ukoliko je odgovor **DA** navesti pojedinosti

Šećerna bolest

☐ DA

☐ NE

Epilepsija (padavica)

☐ DA

☐ NE

Srčane bolesti

☐ DA

☐ NE

Iznenadna srčana smrt (unutar 3 generacije članova obitelji prije 50 godine života)

☐ DA

☐ NE

Povišeni krvni tlak

☐ DA

☐ NE

Moždani udar

☐ DA

☐ NE

Bolesti krvnih žila

☐ DA

☐ NE

Bolesti živčanog sustava

☐ DA

☐ NE

Bolesti mišićno-koštanog sustava

☐ DA

☐ NE

Karcinomi / tumori

☐ DA

☐ NE

Autoimune bolesti (uključujući juvenilni artritis i slično)

☐ DA

☐ NE

Ostale bolesti

☐ DA

☐ NE

Informacije o navikama				
				Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Redovita prehrana	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Uredni ciklusi spavanja	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Konzumacija alkoholnih pića	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Korištenje nikotinskih pripravaka	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Korištenje droga	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Korištenje lijekova	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Korištenje dodataka prehrani	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	

Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja			
			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Nesvjestica	☐ DA	☐ NE	
Vrtoglavica	☐ DA	☐ NE	
Bolesti srca	☐ DA	☐ NE	
Bolesti krvnih žila	☐ DA	☐ NE	
Bolesti pluća	☐ DA	☐ NE	
Šećerne bolesti	☐ DA	☐ NE	
Bolesti štitnjače	☐ DA	☐ NE	
Neurološke bolesti	☐ DA	☐ NE	
Bolesti bubrega	☐ DA	☐ NE	
Bolesti mokraćnog sustava	☐ DA	☐ NE	
Bolesti prostate	☐ DA	☐ NE	
Spolne bolesti	☐ DA	☐ NE	
Bolesti jetra	☐ DA	☐ NE	
Bolesti kože	☐ DA	☐ NE	
Ozljeđe glave – potres mozga	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljeđe kralježnice	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljeđe zglobova	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljeđe ekstremiteta (ruku/nogu)	☐ DA	☐ NE	
Urođene bolesti (mane)	☐ DA	☐ NE	

Alergije (uključujući intoleranciju na hranu)	☐ DA	☐ NE	
Astma	☐ DA	☐ NE	
Infektivne bolesti	☐ DA	☐ NE	
Mononukleoza	☐ DA	☐ NE	
Poremećaj vida	☐ DA	☐ NE	
Poremećaj sluha	☐ DA	☐ NE	
Duševne bolesti	☐ DA	☐ NE	
Slabokrvnost (anemija)	☐ DA	☐ NE	
Alkoholizam	☐ DA	☐ NE	
Narkolepsija	☐ DA	☐ NE	
Karcinomi/tumori	☐ DA	☐ NE	
Za vrijeme i/ili izvan težih tjelesnih opterećenja imam/imao sam sljedeće tegobe:			
			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Teškoće sa disanjem	☐ DA	☐ NE	
Da li ste imali potrebu korištenja bronhodilatatora – inhalera (pitanje za sportaše s astmom)	☐ DA	☐ NE	
Bol u grudnom košu	☐ DA	☐ NE	
Vrtoglavicu/omaglicu	☐ DA	☐ NE	
Osjećaj preskakanja srca	☐ DA	☐ NE	
Glavobolje	☐ DA	☐ NE	
Česti grčevi u mišićima	☐ DA	☐ NE	

Ostala pitanja:			
Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?		☐ DA	☐ NE
Ako jeste, kojem:			
Jeste li ikad bili hospitalizirani?		☐ DA	☐ NE
Ako jeste, kada i zbog čega:			
Koristite ortopedska pomagala?		☐ DA	☐ NE
Ako da, koje:			
Jeste li ikad bili proglašeni nesposobnim za određenu sportsku aktivnost?			☐ DA ☐ NE

☐ Sukladno članku 6. Uredbe (EU) 2016/679 o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih, Vaše osobne podatke uzimamo isključivo iz razloga kako bi bili u stanju objektivno procijeniti Vašu zdravstvenu sposobnost za participaciju u sportskim natjecanjima

☐ Izjavljujem pod kaznenom i materijalnom odgovornošću da sam savjesno, odgovorno i istinito razmotrio/la ovaj obrazac te da nisam uskratio/la niti jednu činjenicu ili tvrdnju koja bi mogla dovesti u zabludu ili do krivog zaključka.

(Potpis sportaša ili
potpis roditelja/staratelja (za maloljetnog sportaša))