

## ZDRAVSTVENI UPITNIK SPORTAŠA

Prezime i ime: \_\_\_\_\_  
 Datum rođenja: \_\_\_\_\_  
 Adresa: \_\_\_\_\_  
 Broj telefona/mobitela : \_\_\_\_\_  
 Br. osobne iskaznice ili putovnice: \_\_\_\_\_  
 OIB: \_\_\_\_\_  
 Sport: \_\_\_\_\_ Kategorija (uzrast): \_\_\_\_\_  
 Klub: \_\_\_\_\_  
 Trener (ime, prezime, telefon): \_\_\_\_\_

**Molimo sportaša (ili roditelja/skrbnika) da odgovori na sljedeća pitanja;**

**Da li je netko u Vašoj obitelji bolovao od sljedećih bolesti (zaokružiti):**

šećerna bolest	da	ne	moždani udar	da	ne
duševne bolesti i epilepsija	da	ne	bolesti krvnih žila	da	ne
srčane bolesti	da	ne	bolesti živaca ili mišića	da	ne
umro mlađi od 50 godina	da	ne	karcinomi/tumori	da	ne
ostale bolesti:					

DA	NE	Ponekad	Označite odgovor DA ili NE za svako pitanje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li glavobolje?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li vrtoglavice?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li smetnje vida?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bolove u zglobovima ili mišićima?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolujete li od padavice (epilepsije)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolujete li od kožnih bolesti?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolujete li od astme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li bruh (kilu)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li preboljeli žuticu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li ikada osjetili nepravilan rad srca?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li povišeni krvni tlak?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolujete li od šećerne bolesti?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li ikad bili smješteni u bolnici?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li smetnje s probavnim sustavom?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pušite li? Ako da, koliko dnevno:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pijete li alkohol? Ako da, koliko dnevno:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzumirate li kavu? Ako da, koliko dnevno:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uzimate li neke dodatke prehrani?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li imali prijelom kosti?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li podvrgnuti nekom operativnom zahvatu?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeste li cijepljen protiv tetanusa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imate li alergiju na lijekove ili cjepiva?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uzimate li redovito lijekove? Ako da, koje:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spavate li dobro?

OBJAŠNJENJE/NADOPUNA ODGOVORA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 roditelja/staratelja (za maloljetne sportaše/sportašice)

Potpis sportaša/sportašice:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_.

---

### ISPUNJAVA LIJEČNIK !!

*Visina* \_\_\_\_\_ cm      *Težina* \_\_\_\_\_ kg      *BMI:* \_\_\_\_\_

*Elektrokardiogram:* \_\_\_\_\_

RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

*Spirometrija:* FVC - \_\_\_\_\_ FEV 1 - \_\_\_\_\_ F/F - \_\_\_\_\_

Visus: VOD: \_\_\_\_\_ VOS: \_\_\_\_\_

Opći klinički status:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

SPOSOBAN – PRIVREMENO NESPOSOBAN – NESPOSOBAN

za SPORT \_\_\_\_\_