

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije

Specijalistička ordinacija medicine rada i sporta - MEDLabor

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:	

**Obiteljska anamneza
(podaci o bolestima unutar obitelji)**

			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Šećerna bolest	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Epilepsija (padavica)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Srčane bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Iznenadna srčana smrt (unutar 3 generacije članova obitelji prije 50 godine života)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Povišeni krvni tlak	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Moždani udar	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti živčanog sustava	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti mišićno-koštanog sustava	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	

Karcinomi / tumori	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Autoimune bolesti (uključujući juvenilni artritis i slično)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ostale bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Informacije o navikama			
			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Redovita prehrana	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Uredni ciklusi spavanja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Konзумacija alkoholnih pića	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Korištenje nikotinskih pripravaka	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Korištenje droga	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Korištenje lijekova	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Korištenje dodataka prehrani	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno

Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja			
			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Nesvjestica	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Vrtoglavica	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti srca	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti pluća	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Šećerne bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti štitnjače	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Neurološke bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti bubrega	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti mokraćnog sustava	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti prostate	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Spolne bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti jetra	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	

Bolesti kože	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ozljede glave – potres mozga	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti/ozljede kralježnice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti/ozljede zglobova	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bolesti/ozljede ekstremiteta (ruku/nogu)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Urođene bolesti (mane)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Alergije (uključujući intoleranciju na hranu)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Astma	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Infektivne bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Mononukleoza	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Poremećaj vida	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Poremećaj sluha	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Duševne bolesti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Slabokrvnost (anemija)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Alkoholizam	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Narkolepsija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Karcinomi/tumori	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Za vrijeme i/ili izvan težih tjelesnih opterećenja imam/imao sam sljedeće tegobe:			
			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Teškoće sa disanjem	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Da li ste imali potrebu korištenja bronhodilatatora – inhalera (pitanje za sportaše s astmom)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Bol u grudnom košu	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Vrtoglavicu/omaglicu	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Osjećaj preskakanja srca	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Glavobolje	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Česti grčevi u mišićima	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	

Ostala pitanja:			
Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ako jeste, kojim:			
Jeste li ikad bili hospitalizirani?		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ako jeste, kada i zbog čega:			
Koristite ortopedska pomagala?		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ako da, koje:			
Jeste li ikad bili proglašeni nesposobnim za određenu sportsku aktivnost?			<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> 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))

IZJAVA O PRISTANKU OBAVLJANJA LIJEČNIČKOG PREGLEDA

Podaci o roditelju/skrbniku/zakonskom zastupniku	
Ime:	
Prezime:	
OIB:	
Adresa:	
Telefon:	
Elektronička pošta:	
Podaci o sportašu	
Ime:	
Prezime:	
OIB:	
Adresa:	
Sportski klub:	
Kontaktni broj kluba:	

Izjava kojom ja kao roditelj/skrbnik/zakonski zastupnik dajem pristanak za obavljanje zdravstvenog pregleda, sukladno Pravilniku o zdravstvenim pregledima sportaša, za maloljetno dijete.

(mjesto i datum)

(potpis roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika)