

Zdravstveni upitnik

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije
cija u DZ-PGŽ - SMR - Ester Samaržija Ivanovski, dr.med.spec.me

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)		
	☐ DA ☐ NE	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	
Ozljede glave – potres mozga	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede kralježnice	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede zglobova	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede 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))