

ZDRAVSTVENI UPITNIK

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	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 jetre	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, kojim:			
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))