

ZDRAVSTVENI UPITNIK ZA SPORTSKI PREGLED

(roditelj/skrbnik ispunjava za maloljetno dijete)

Ime i prezime:	Datum rođenja:
Kontakt telefon/mobitel: _____	Sport:
OIB:	Klub:
Broj osobne iskaznice ili putovnice: _____	Godina početka treniranja / kontakt telefon kluba: _____

Molimo sportaša/sportašicu odnosno roditelja/skrbnika da na pitanja odgovori savjesno i istinito. Kod odgovora „DA” ili „PONEKAD” preporučuje se navesti kratku napomenu.

1. Obiteljska anamneza

Boluje li ili je bolovao netko u užoj obitelji od sljedećih bolesti? Zaokružiti ili označiti odgovor.

Pitanje	DA	NE	Napomena / pojedinosti
Šećerna bolest	☐	☐	_____
Epilepsija (padavica)	☐	☐	_____
Srčane bolesti	☐	☐	_____
Iznenadna srčana smrt u obitelji prije 50. godine života (unutar 3 generacije)	☐	☐	_____
Povišeni krvni tlak	☐	☐	_____
Moždani udar	☐	☐	_____
Bolesti krvnih žila	☐	☐	_____

Bolesti živčanog sustava	☐	☐	_____
Bolesti mišićno-koštanog sustava	☐	☐	_____
Karcinomi / tumori	☐	☐	_____
Autoimune bolesti (uključujući juvenilni artritis i slično)	☐	☐	_____
Ostale bolesti	☐	☐	_____

2. Navike

Ukoliko je odgovor „DA” ili „PONEKAD”, navesti pojedinosti.

Pitanje	DA	NE	PONEKAD	Napomena
Redovita prehrana	☐	☐	☐	_____
Uredni ciklusi spavanja	☐	☐	☐	_____
Konzumacija alkoholnih pića	☐	☐	☐	_____
Korištenje nikotinskih pripravaka	☐	☐	☐	_____
Korištenje droga	☐	☐	☐	_____
Korištenje lijekova	☐	☐	☐	_____
Korištenje dodataka prehrani	☐	☐	☐	_____

3. Osobna anamneza sportaša/sportašice

Boluje li sportaš/sportašica ili je ranije bolovao/bolovala od sljedećih bolesti ili stanja? Kod odgovora „DA” navesti pojedinosti.

Pitanje	DA	NE	Napomena / pojedinosti
Nesvjestica	☐	☐	_____
Vrtoglavica	☐	☐	_____
Bolesti srca	☐	☐	_____
Bolesti krvnih žila	☐	☐	_____
Bolesti pluća	☐	☐	_____
Šećerna bolest	☐	☐	_____
Bolesti štitnjače	☐	☐	_____
Neurološke bolesti	☐	☐	_____
Bolesti bubrega	☐	☐	_____
Bolesti mokraćnog sustava	☐	☐	_____
Bolesti prostate	☐	☐	_____
Bolesti jetre	☐	☐	_____
Bolesti kože	☐	☐	_____
Ozljeda glave / potres mozga	☐	☐	_____
Bolesti ili ozljede kralježnice	☐	☐	_____

Bolesti ili ozljede zglobova	☐	☐	_____
Bolesti ili ozljede ekstremiteta (ruku/nogu)	☐	☐	_____
Urođene bolesti / mane	☐	☐	_____
Alergije (uključujući intoleranciju na hranu)	☐	☐	_____
Astma	☐	☐	_____
Infektivne bolesti	☐	☐	_____
Mononukleoza	☐	☐	_____
Poremećaj vida	☐	☐	_____
Poremećaj sluha	☐	☐	_____
Duševne bolesti	☐	☐	_____
Slabokrvnost (anemija)	☐	☐	_____
Alkoholizam	☐	☐	_____
Narkolepsija	☐	☐	_____
Karcinomi/tumori	☐	☐	_____

4. Tegobe za vrijeme i/ili izvan težih tjelesnih opterećenja

Označiti odgovor i po potrebi dodati napomenu.

Tegoba	DA	NE	Napomena
Teškoće s disanjem	☐	☐	_____
Da li ste imali potrebu korištenja bronhodilatatora – inhalera (pitanje za sportaše s astmom)	☐	☐	_____
Bol u prsima	☐	☐	_____
Vrtoglavica / omaglica	☐	☐	_____
Osjećaj preskakanja srca	☐	☐	_____
Glavobolje	☐	☐	_____
Česti grčevi u mišićima	☐	☐	_____
Pretjerani umor koji nije u skladu s naporom	☐	☐	_____

5. Dodatna pitanja

Pitanje	DA	NE	Napomena
Jeste li bili podvrgnuti operativnom zahvatu?	☐	☐	_____
Jeste li ikada bili hospitalizirani? Ako jeste kada i zbog čega	☐	☐	_____
Koristite li ortopedska pomagala? Ako da - koje	☐	☐	_____
Jeste li ikada bili proglašeni nesposobnim za određenu sportsku aktivnost?	☐	☐	_____
Ozljeda ili bolest zbog koje je izostanak s treninga trajao dulje od mjesec dana	☐	☐	_____

Zaštita podataka i izjava

☐ Sukladno članku 6. Uredbe (EU) 2016/679 o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka, osobni podaci prikupljaju se isključivo radi objektivne procjene zdravstvene sposobnosti za sudjelovanje u sportskim natjecanjima.

☐ Izjavljujem, pod kaznenom i materijalnom odgovornošću, da sam ovaj obrazac ispunio/ispunila savjesno, odgovorno i istinito te da nisam uskratio/uskratila nijednu činjenicu ili podatak koji bi mogao dovesti do zablude ili pogrešnog zaključka.

Mjesto i datum: _____

Potpis roditelja/skrbnika: _____

Potpis sportaša/sportašice: _____

ISPUNJAVA LIJEČNIK

Naziv ustanove / ordinacije:	Vrsta pregleda: ☐ prethodni ☐ periodični ☐ izvanredni
Visina: _____cm Težina: _____kg	BMI: _____ Postotak tjelesne masti:
Krvni tlak: _____/ _____mmHg	Visus na daljinu: VOD _____ VOS _____ ☐ optička pomagala
Spirometrija: FEV1 _____ FVC _____ FEV1/FVC _____	EKG (12-kanalni):

Anamneza / napomene iz upitnika

Opći klinički status po organskim sustavima

Ostala dijagnostika / dodatne pretrage

Mišljenje i ocjena zdravstvene sposobnosti

Ocjena: ☐ SPOSOBAN ☐ PRIVREMENO NESPOSOBAN ☐ NESPOSOBAN

za sport: _____ rok valjanosti uvjerenja: _____

Datum pregleda: _____ Pečat i potpis liječnika: _____