

ZDRAVSTVENI KARTON

Sadržaj zdravstvenog kartona

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije	
Osobni podaci	
Ime i prezime:	
Datum rođenja:	
Spol	<input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko <input type="checkbox"/> Ostalo
Adresa prebivališta	
Osobni identifikacijski broj (OIB):	
Broj osobne iskaznice ili putovnice:	
Broj telefona/mobitela:	
Elektronička pošta:	
Liječnik obiteljske medicine	
Podaci o klubu	
Klub:	
Sport:	
Vrsta pregleda	
Vrsta pregleda	<input type="checkbox"/> Prethodni <input type="checkbox"/> Periodični <input type="checkbox"/> Izvanredni
Napomene iz upitnika	<input type="checkbox"/> Osobna anamneza <input type="checkbox"/> Obiteljska anamneza <input type="checkbox"/> Sportska anamneza <input type="checkbox"/>
Antropometrijske mjere	
Visina	
Težina	
Indeks tjelesne težine	
Postotak tjelesne masti	
Dijagnostika (prema smjernicama HDSM)	
Krvni tlak (mmHg)	
Spirometrija (FEV1, FVC, FEV1/FVC)	
Elektrokardiogram (EKG)	
Vidna oštrina na daljinu (tablica, 6 m)	
	<input type="checkbox"/> Napomena: korištenje optičkih pomagala
Ostala dijagnostika (ergometrija, spiroergometrija,...)	
Klinički pregled	
Koža i vidljive sluznice	
Limfni čvorovi	
Glava	
Usna šupljina i ždrijelo	
Zubalo	
Oči	
Uši	
Sinusi	

Vrat	
Prsni koš	
Srce	
Pluća	
Abdomen	
Urogenitalni sustav	
Kralježnica	
Ekstremiteti	
Orijentacijski neurološki status	
Nalaz laboratorijskih pretraga krvi (prema Smjernicama HD SM)	
KKS	
DKS	
Glukoza (mmol/L)	
Urati (µmol/L)	
Urea (mmol/L)	
Kreatinin (µmol/L)	
Ukupni kolesterol (mmol/L)	
LDL (mmol/L)	
HDL (mmol/L)	
AST (U/L)	
ALT (U/L)	
GGT (U/L)	
Bilirubin (µmol/L)	
Ostali nalazi	
Fizikalno-kemijski pregled urina	
Sediment urina	

PRILOG IV

OBRAZAC IZJAVE 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)