

ZDRAVSTVENI UPITNIK

Sadržaj zdravstvenog upitnika

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije	
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)			
	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Šećerna bolest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsija (padavica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Srčane bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iznenadna srčana smrt (unutar 3 generacije člana obitelji prije 50 godine života)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Povišeni krvni tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moždani udar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti živčanog sustava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti mišićno-koštanog sustava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Karcinomi / tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autoimune bolesti (uključujući juvenilni artritis i slično)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ostale bolesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Informacije o navikama			
	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Povremeno
Redovita prehrana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uredni ciklusi spavanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumacija alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje nikotinskih pripravaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje lijekova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korištenje dodatka prehrani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja			
	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Nesvjestica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vrtoglavica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti srca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolesti pluća	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 sastvom)	<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 ortopedsku 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 uskratilo/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))