

## KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA SPORTAŠA

IME I PREZIME:	OIB:
Datum rođenja:	Br.OI:
Kontakt broj/email:	
Sport:	Klub:
Godina početka treniranja:	Kontakt kluba:

### ZDRAVSTVENI UPITNIK (ispuniti s obje strane)

<b>Obiteljska anamneza - (bolesti unutar Vaše obitelji)</b>					
Šećerna bolest/dijabetes	DA	NE	Bolesti krvnih žila	DA	NE
Epilepsija/padavica	DA	NE	Bolesti živčanog sustava	DA	NE
Srčane bolesti	DA	NE	Bolesti mišićno-koštanog sustava	DA	NE
Iznenadna srčana smrt (unutar 3 generacije članova obitelji prije 50 godine života)	DA	NE	Karcinomi / tumori	DA	NE
Povišeni krvni tlak	DA	NE	Autoimune bolesti (uključujući juvenilni artritis i sl.)	DA	NE
Moždani udar	DA	NE	Ostale bolesti	DA	NE

Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti: \_\_\_\_\_

<b>Osobna anamneza - (Vaše zdravstveno stanje)</b>					
Nesvjestica	DA	NE	Ozljede glave – potres mozga	DA	NE
Vrtoglavica	DA	NE	Bolesti/ozljede kralježnice	DA	NE
Bolesti srca	DA	NE	Bolesti/ozljede zglobova	DA	NE
Bolesti krvnih žila	DA	NE	Bolesti/ozljede ekstremiteta (ruku/nogu)	DA	NE
Bolesti pluća	DA	NE	Urođene bolesti (mane)	DA	NE
Šećerne bolesti	DA	NE	Alergije (uključujući intoleranciju na hranu)	DA	NE
Bolesti štitnjače	DA	NE	Astma	DA	NE
Neurološke bolesti	DA	NE	Infektivne bolesti	DA	NE
Bolesti bubrega	DA	NE	Mononukleoza	DA	NE
Bolesti mokraćnog sustava	DA	NE	Poremećaj vida	DA	NE
Bolesti prostate	DA	NE	Poremećaj sluha	DA	NE
Spolne bolesti	DA	NE	Duševne bolesti	DA	NE
Bolesti jetra	DA	NE	Slabokrvnost (anemija)	DA	NE

Bolesti kože	DA NE	Alkoholizam	DA NE
Karcinomi/tumori	DA NE	Narkolepsija	DA NE
<b>Ostala pitanja:</b>			
Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?	DA NE	Jeste li ikad bili hospitalizirani?	DA NE
Koristite li ortopedska pomagala?	DA NE	Jeste li ikad bili proglašeni nesposobni za određenu sportsku aktivnost?	DA NE

Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti: \_\_\_\_\_

<b>Za vrijeme i/ili izvan težih tjelesnih opterećenja imam/imao sam sljedeće tegobe:</b>		<b>Informacije o navikama:</b>		
Teškoće sa disanjem?	DA NE	Redovna prehrana	DA NE	POVREMENO
Jeste li imali potrebu korištenja bronhodilatatora/inhalera (sportaši s astmom)?	DA NE	Uredni ciklusi spavanja	DA NE	POVREMENO
Bol u grudnom košu?	DA NE	Konsumacija alkoholnih pića	DA NE	POVREMENO
Vrtoglavica/omaglica?	DA NE	Korištenje nikotinskih pripravaka	DA NE	POVREMENO
Osjećaj preskakanja srca?	DA NE	Korištenje dodataka prehrani	DA NE	POVREMENO
Glavobolje?	DA NE	Korištenje droga	DA NE	POVREMENO
Česti grčevi u mišićima?	DA NE	Korištenje lijekova	DA NE	POVREMENO

Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti: \_\_\_\_\_

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/potpis roditelja-staratelja za maloljetnike): \_\_\_\_\_

### ISPUNJAVA MEDICINSKO OSOBLJE:

Visina (cm):	
Težina (kg):	
Puls (/min):	
Tlak (mmHg):	