



ZDRAVSTVENI UPITNIK

Osobni podaci	
Ime i prezime:	
Datum rođenja:	
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)		
	(zaokružite odgovor)	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		
	(zaokružite odgovor)	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 dodatka prehrani	DA NE Povremeno	

Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti / stanja		
	(zaokružite odgovor)	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 jetra	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:			
	(zaokružite odgovor)		Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Teškoće s 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	
Česti grčevi u mišićima	DA	NE	

Ostala pitanja:			
Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?		DA	NE
Ako jeste, kojem:			
Jeste li ikada bili hospitalizirani?		DA	NE
Ako jeste, kada i zbog čega:			
Koristite ortopedsku pomagala?		DA	NE
Ako da, koje:			
Jeste li ikada 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 kaznenanom i materijalnom odgovornošću da sam svjesno, 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))