

PRILOG II

OBVEZNI SADRŽAJ ZDRAVSTVENOG UPITNIKA

Obvezni 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)				
				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				
				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 dodataka prehrani	☐ DA	☐ NE	☐ Povremeno	
Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja				
				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	
Ozljede glave – potres mozga	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede kralježnice	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede zglobova	☐ DA	☐ NE	
Bolesti/ozljede 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:

			Ukoliko je odgovor DA navesti pojedinosti
Teškoće sa 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	
Glavobolje	☐ DA	☐ NE	
Česti grčevi u mišićima	☐ DA	☐ NE	

Ostala pitanja:

Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?	☐ DA	☐ NE
Ako jeste, kojem:		
Jeste li ikad bili hospitalizirani?	☐ DA	☐ NE
Ako jeste, kada i zbog čega:		
Koristite ortopedsku pomagala?	☐ DA	☐ NE
Ako da, koje:		
Jeste li ikad 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 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))

PRILOG III

OBVEZNI SADRŽAJ ZDRAVSTVENOG KARTONA

Obvezni sadržaj zdravstvenog kartona

Naziv ustanove /trgovačkog društva/ordinacije	
Osobni podaci	
Ime i prezime:	
Datum rođenja:	
Spol	☐ Muško ☐ Žensko ☐ 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	☐ Prethodni ☐ Periodični ☐ Izvanredni
Napomene iz upitnika	☐ Osobna anamneza ☐ Obiteljska anamneza ☐ Sportska anamneza ☐
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)	
	☐ 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)