



USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB FENIKS BJELOVAR
 Za opću/obiteljsku medicinu, medicinu rada i športa
 Antuna Mihanovića 23, Bjelovar
 OIB 43840537342

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 pojediniosti	Informacije o navikama		Ukoliko je odgovor DA navesti pojediniosti
Šećerna bolest	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Redovita prehrana	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Epilepsija (padavica)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Uredni ciklusi spavanja	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Srčane bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Konzumacija alkoholnih pića	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Iznenadna srčana smrt (unutar 3)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Korištenje nikotinskih pripravaka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Povišeni krvni tlak	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Korištenje droga	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Moždani udar	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Korištenje lijekova	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Korištenje dodataka prehrani	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti živčanog sustava	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Redovita prehrana	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti mišićno-koštanog sustava	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Uredni ciklusi spavanja	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Karcinomi / tumori	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Konzumacija alkoholnih pića	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Autoimune bolesti (uključujući juvenilni)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Korištenje nikotinskih pripravaka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Ostale bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE				
Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja		Ukoliko je odgovor DA navesti pojediniosti	Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti/stanja		Ukoliko je odgovor DA navesti pojediniosti
Nesvjestica	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Bolesti/ozljede kralježnice	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Vrtoglavica	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Bolesti/ozljede zglobova	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

Bolesti srca	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Bolesti/ozljede ekstremiteta (ruku/nogu)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti krvnih žila	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Urođene bolesti (mane)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti pluća	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Alergije (uključujući intoleranciju na hranu)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Šećerne bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Astma	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti štitnjače	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Infektivne bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Neurološke bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Mononukleoza	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti bubrega	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Poremećaj vida	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti mokraćnog sustava	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Poremećaj sluha	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti prostate	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Duševne bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Spolne bolesti	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Slabokrvnost (anemija)	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti jetra	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Alkoholizam	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bolesti kože	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Narkolepsija	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Ozljede glave – otres mozga	<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		Ukoliko je odgovor DA navesti	Ostala pitanja:		
Teškoće sa disanjem	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Jeste li podvrgnuti operativnom zahvatu?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Da li ste imali potrebu korištenja	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Ako jeste, kojem:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Bol u grudnom košu	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Jeste li ikad bili hospitalizirani?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Vrtoglavicu/omaglicu	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Ako jeste, kada i zbog čega:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Osjećaj preskakanja srca	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Koristite ortopedska pomagala?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Glavobolje	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Ako da, koje:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Česti grčevi u mišićima	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		Jeste li ikad bili proglašeni nesposobnim za određenu	<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 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))