

Zdravstvena ustanova za medicinu rada

Vladimira Nazora 5

20350 Metković

OIB: 48805424054

e-mail:medicina.rada.mtk@gmail.com

PRILOG II

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
Uredni ciklusi spavanja	☐	DA	☐	NE
Konzumacija alkoholnih pića	☐	DA	☐	NE
Korištenje nikotinskih pripravaka	☐	DA	☐	NE
Korištenje droga	☐	DA	☐	NE
Korištenje lijekova	☐	DA	☐	NE
Korištenje dodataka prehrani	☐	DA	☐	NE
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 ititnjače	☐ 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 ortopedska 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 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))