

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

Iznenadna srčana smrt (unutar
3 generacije članova obitelji
prije 50 godine života) DA NE

Povišen krvni tlak DA NE

Moždani udar DA NE

Bolesti krvnih žila DA NE

Bolesti živčanog 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
Kroštenje 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 jetre	DA	NE
Bolesti kože	DA	NE
Ozljeđe glave-potres mozga	DA	NE
Bolesti/ozljeđe kralježnice	DA	NE

Bolujete li / jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti / stanja

Ukoliko je odgovor **DA** navesti pojedinosti

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 Jeste li 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 li 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))