

KLUB / SPORT: \_\_\_\_\_

PREZIME, IME: \_\_\_\_\_

IME OCA: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

DAN, MJESEC, GODINA I MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

ADRESA I MJESTO PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_

VISINA: \_\_\_\_\_ TEŽINA: \_\_\_\_\_

RR: \_\_\_\_\_ C/P: \_\_\_\_\_

EKG U MIROVANJU: \_\_\_\_\_

EKG U OPTEREĆENJU: \_\_\_\_\_

LABORATORIJSKI NALAZ: \_\_\_\_\_

SPOSOBAN / NESPOSOBAN / OBRADA

DATUM PREGLEDA: \_\_\_\_\_

LIJEČNIK: Dragan Vujović dr.med.spec. \*

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

DA	NE	PONEKAD	OZNAČITE ODGOVOR ZA SVAKO PITANJE
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI GLAVOBOLJE?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI VRTOGLAVICE?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI SMETNJE VIDA?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI OSJEĆAJ TRNACA U RUKAMA I NOGAMA?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI BOLOVE U LEĐIMA I VRATU?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI BOLOVE U ZGLOBOVIMA?
DA	NE		BOLUJETE LI OD PADAVICE?
DA	NE		BOLUJETE LI OD KOŽNIH BOLESTI?
DA	NE		IMATE LI POLENSKU ILI NEKU DRUGU ALERGIJU?
DA	NE		JESTE LI KAO DIJETE IMALI ČESTE GNOJNE UPALE GRLA?
DA	NE		JESTE LI BOLOVALI OD TUBERKULOZE?
DA	NE		BOLUJETE LI OD ASTME?
DA	NE		KAŠLJETE LI ČESTO?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI SMETNJE S NOSOM ILI GRLOM?
DA	NE	PONEKAD	PATITE LI OD ZADUHE (BRZOG GUBITKA ZRAKA) ?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI BOLOVE ILI PRITISAK U PRSIMA?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI OSJEĆAJ NEPRAVILNOG RADA SRCA?
DA	NE	PONEKAD	OTIČU LI VAM NOGE?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI PROBLEME SA ZUBIMA?
DA	NE	PONEKAD	IMATE LI BOLOVE U TRBUHU?
DA	NE		JESTE LI PREBOJELI ZARAZNU ŽUTICU?
DA	NE		IMATE LI HEMEROIDE?
DA	NE		IMATE LI BRUH (KILU)?
DA	NE		IMATE LI BUBREŽNE KAMENCE?
DA	NE		JESTE LI U POSLJEDNJE VRIJEME ZNAČAJNO IZGUBILI NA TEŽINI?
DA	NE		BOLUJETE LI OD ŠEĆERNE BOLESTI?
DA	NE		IMATE LI POVIŠENI KRVNI TLAK?
DA	NE		JESTE LI IMALI PRIJELOM KOSTI?
DA	NE		IMATE LI ALERGIJU NA LIJEKOVE ILI CIJEPIVA?
DA	NE	PONEKAD	JESTE LI NERVOZNI?
DA	NE	PONEKAD	SPAVATE LI DOBRO?
DA	NE		MIJENJATE LI ČESTO TEŽINU?
DA	NE		PUŠITE LI? AKO DA, KOLIKO DNEVNO:
DA	NE		PIJETE LI ALKOHOL? AKO DA, KOLIKO DNEVNO:
DA	NE		KONZUMIRATE LI KAVU? AKO DA, KOLIKO DNEVNO:
DA	NE	PONEKAD	KORISTITE LI DROGU?
DA	NE		UZIMATE LI REDOVITO LIJEKOVE? AKO DA, KOJE:

	OZNAČITE	ODGOVOR	
APETIT	NORMALAN	POJAČAN	SLAB
STOLICA	NORMALNO	UČESTALO	
MOKRENJE	NORMALNO	UČESTALO	

MORATE LI MOKRITI NOĆU?      DA      NE

POTPIS RODITELJA:

\_\_\_\_\_

POTPIS SPORTAŠA:

\_\_\_\_\_