

---

PRIMA NOVA ustanova za zdravstvenu skrb

Medicina rada Plavec

Šifra ordinacije: 999003992

OIB ustanove: 15051150334

Tel. ustanove: 01 4693 103

ZAGREB, 21.08.2023.

---

## UVJERENJE O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI SPORTAŠA

Broj protokola:

Prezime i ime: **KOSI JAN**  
Datum rođenja: 18.10.1996.  
Adresa:  
Sport: Košarka  
Klub: KK Cedevita  
Zdravstveno je: Sposoban  
za trening i natjecanje



Prof.dr.sc. Davor Plavec, dr.med.  
*spec. medicine rada  
i sporta*

0124770

---

Prof.dr.sc. 0124770 DAVOR PLAVEC  
dr.med., spec.medicine rada i sporta

# ZDRAVSTVENI UPITNIK

Ime i prezime : Kosi JAO

Datum rođenja: 18.10.1996

Sport/Klub: \_\_\_\_\_

Je li tko u obitelji bolovao od sljedećih bolesti (zaokružiti) :							
karcinomi /tumori	da	<input checked="" type="radio"/> ne	povišeni tlak	<input checked="" type="radio"/> da	ne	umro mlađi od 50 godina	da <input checked="" type="radio"/> ne
šećerna bolest	da	<input checked="" type="radio"/> ne	moždani udar	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ostale bolesti :	da <input checked="" type="radio"/> ne
duševne bolesti i epilepsija	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti krvnih žila	da	<input checked="" type="radio"/> ne		
srčane bolesti	da	<input checked="" type="radio"/> ne	Bolest živaca ili mišića	da	<input checked="" type="radio"/> ne		

Vaš odnos prema zdravlju (zaokružiti) :							
redovita higijena	<input checked="" type="radio"/> da	ne	pijenje alkohola	da	<input checked="" type="radio"/> ne	redovito uzimanje lijekova	da <input checked="" type="radio"/> ne
redovita prehrana	<input checked="" type="radio"/> da	ne	pušenje	da	<input checked="" type="radio"/> ne	kojih :	
redovito spavanje	<input checked="" type="radio"/> da	ne	droge / opijati	da	<input checked="" type="radio"/> ne	drugi pripravci:	

Osjećate li se zdravo <input checked="" type="radio"/> da ne <input type="radio"/> Napomene :							
Jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti (zaokružiti) :							
kliconoša	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti srca	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti kralješnice	da <input checked="" type="radio"/> ne
karcinomi / tumori	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti krvnih žila	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti zglobova	da <input checked="" type="radio"/> ne
spolne bolesti	da	<input checked="" type="radio"/> ne	teškoće s disanjem	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti udova	da <input checked="" type="radio"/> ne
šećerna bolest	da	<input checked="" type="radio"/> ne	zatvor (opstipacija)	da	<input checked="" type="radio"/> ne	urođene bolesti (mane)	da <input checked="" type="radio"/> ne
bolesti štitnjače	da	<input checked="" type="radio"/> ne	proljevi	<input checked="" type="radio"/> da	<input checked="" type="radio"/> ne	nekontrolirano mokrenje	da <input checked="" type="radio"/> ne
Giht	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ulkus - čir	da	<input checked="" type="radio"/> ne	nekontrolirana stolica	da <input checked="" type="radio"/> ne
malokrvnost	da	<input checked="" type="radio"/> ne	hemoroidi	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ozljede glave – potres mozga	da <input checked="" type="radio"/> ne
alergije	da	<input checked="" type="radio"/> ne	žučni kamenac	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ozljede kralješnice	da <input checked="" type="radio"/> ne
duševne bolesti	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti jetre	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ozljede ruku	<input checked="" type="radio"/> da ne
alkoholizam	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti bubrega	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ozljede kuka	da <input checked="" type="radio"/> ne
narkomanija	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bubrežni kamenci	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ozljede koljena ili gležnja	<input checked="" type="radio"/> da ne
epilepsija	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti prostate	da	<input checked="" type="radio"/> ne	strah od visine	da <input checked="" type="radio"/> ne
poremećaj vida	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti spolovila	da	<input checked="" type="radio"/> ne	strah od zatvorenog prostora	da <input checked="" type="radio"/> ne
poremećaj sluha	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti kože	da	<input checked="" type="radio"/> ne	strah od otvorenog prostora	da <input checked="" type="radio"/> ne
vrtoglavica	da	<input checked="" type="radio"/> ne	psorijaza	da	<input checked="" type="radio"/> ne	operativni zahvati	da <input checked="" type="radio"/> ne
nesvjestica	da	<input checked="" type="radio"/> ne	reumatoidni artritis	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ortopedska pomagala	da <input checked="" type="radio"/> ne
Ostale bolesti i ozljede :							

Pojašnjenje pozitivnih odgovora :

Da li si ikada izbubio / izgubila svijest za vrijeme napora?

DA ☒ NE

Da li si osjetio / osjetila pritisak u prsima?

DA ☒ NE

Da li se dogodilo da je trčanje dovelo do osjećaja pritiska u prsima?

DA ☒ NE

Da li si imao / imala poteškoće s disanjem za vrijeme ili nakon napora

DA ☒ NE

Da li si ikad osjetio / osjetila omaglicu za vrijeme ili nakon napora

DA ☒ NE

Da li si ikad imao / imala bol u prsima za vrijeme ili nakon napora

DA ☒ NE

Da li imaš ili si ikada imao / imala ubrzan rad srca ili preskakivanje u radu srca?

DA ☒ NE

Da li se umoriš prije nego tvoji prijatelji za vrijeme fizičke aktivnosti?

DA ☒ NE

Da li ti je ikada rečeno da imaš šum na srcu?


DA ☒ NE

Da li si ikada imao / imala probleme od strane srca?

DA ☒ NE

Pojašnjenje pozitivnih odgovora :

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. Prihvaćam činjenicu da davanje krivog ili neistinitog podatka vezano za ovaj zahtjev ili uskrata prateće zdravstvene dokumentacije, može rezultirati ne izdavanjem Svjedodžbe o zdravstvenoj sposobnosti ili ukidanje već izdane Svjedodžbe, te sam svjestan/na svih zakonskih posljedica. Dozvoljavam da se sva moja medicinska dokumentacija koja se nalazi kod izabranog doktora opće/obiteljske medicine, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama na traženje dostavi ovlaštenom doktoru medicine rada (i sporta) u svrhu provjere moje profesionalne zdravstvene sposobnosti.

potpis roditelja / zakonskog zastupnika (za maloljetne sportaše/ice / učenike/ice)	potpis sportaša/ice / učenika/ice:
ovim potpisom potvrđujem istinitost navedenih podataka	ovim potpisom potvrđujem istinitost navedenih podataka
	

U Zagreb, datum 21.8.2023