

PRIMA NOVA ustanova za zdravstvenu skrb

Medicina rada Aščić

Zagrebačka 132a, 10000 ZAGREB

Šifra ordinacije: 999005464

OIB ustanove: 15051150334

Tel. ustanove: 01 4693 103

ZAGREB, 27.09.2023.

UVJERENJE O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI SPORTAŠA

Broj protokola: 003/7768974/2023/320

Prezime i ime: **MEDIĆ ANDRIJA**

Datum rođenja: 18.05.2008.

Adresa: SREBRNJAK 14/2, 10431 SVETA NEDELJA

Sport: Košarka

Klub: MKK Novi Zagreb

Zdravstveno je: Sposoban

za trening i natjecanje



*Iva Aščić, dr. med.
specijalist medicine rada i sporta
7768974*

dr. med 7768974 IVA AŠČIĆ
spec. medicine rada i športa

PRIMA NOVA ustanova za zdravstvenu skrb

Medicina rada Aščić

Zagrebčka 132a, 10000 ZAGREB

Šifra ordinacije: 999005464

OIB ustanove: 15051150334

OBAVIJEST LIJEČNIKU

Poštovani dr.med.: **x**, kod nas na pregledu je bio:

ANDRIJA MEDIĆ

(Ime i prezime)

18.05.2008., 167381823, 45527601902

(Datum rođenja, MBO pacijenta, OIB pacijenta)

SREBRNJAK 14/2, 10431 SVETA NEDELJA

(Adresa)

Zaposlen u: Učenik

Radno mjesto: x

U tijeku pregleda utvrđeno je slijedeće:

Sportsko srce

Dijagnoze:

Z00.8 Ostali sistematski pregled

Zaključak:

Molim preventivni UZV srca i pregled kardiologa.

ZAGREB, 27.09.2023.

7768974 IVA AŠČIĆ

Faksimil i potpis specijalista medicine rada

Trbušni organi: b.o.
Kralježnica: b.o.
Gornji i donji udovi: b.o.
Neuorološki (orijentaciono): b.o.

FUNKCIONALNA DIJAGNOSTIKA

Ekg: OBAVLJENA PRETRAGA
Spirometrija: OBAVLJENA PRETRAGA

ZDRAVSTVENI PROBLEMI - FIZIČKI

Dišni: NE
Kožni: NE
Spavanje: NE

ZAKLJUČAK

Ocjena: Sposoban

IZJAVA PREGLEDANOG

Izjavljujem da nikada nisam bio liječen od živčanih i duševnih bolesti, te nisam imao napadaje padavice ili drugih živčanih napadaja, da nikada nisam gubio svijest, da nisam imao potres mozga, da ne patim od vrtoglavice, te nisam alkoholičar, niti liječen od alkoholizma ili druge ovisnosti, da ne bolujem od kroničnog hepatitisa, niti PTSP - a. Izjavljujem da ne uzimam opojne droge, te sam suglasan da se izvrši test na iste.

Mjesto, datum i vrijeme ispisa, ispisao:

ZAGREB, 27.09.2023. 12:18, 7768974

Iva Aščić
(potpis pacijenta)
Iva Aščić, dr. med.
specijalist medicine rada i sporta
7768974

dr. med IVA AŠČIĆ
spec. medicine rada i sporta

ZDRAVSTVENI UPITNIK

Ime i prezime : ANDRIJA MEDIC Datum rođenja: 18.5.2008.
 Sport/Klub: MKK ZAGREB

Je li tko u obitelji bolovao od sljedećih bolesti (zaokružiti) :					
karcinomi /tumori	da	<input checked="" type="radio"/> ne	povišeni tlak	da	<input checked="" type="radio"/> ne
šećerna bolest	da	<input checked="" type="radio"/> ne	moždani udar	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	<input type="radio"/> ne	pijenje alkohola	da	<input checked="" type="radio"/> ne
redovita prehrana	<input checked="" type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne	pušenje	da	<input checked="" type="radio"/> ne
redovito spavanje	<input checked="" type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne	droge / opijati	da	<input checked="" type="radio"/> ne

redovito uzimanje lijekova ☒ da ☐ ne
 kojih :
 drugi pripravci:



Osjećate li se zdravo		<input checked="" type="radio"/> da <input type="radio"/> ne		Napomene :	
Jeste li ikada bolovali od sljedećih bolesti (zaokružiti) :					
kliconoša	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti srca	da	<input checked="" type="radio"/> ne
karcinomi / tumori	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti krvnih žila	da	<input checked="" type="radio"/> ne
spolne bolesti	da	<input checked="" type="radio"/> ne	teškoće s disanjem	da	<input checked="" type="radio"/> ne
šećerna bolest	da	<input checked="" type="radio"/> ne	zatvor (opstipacija)	da	<input checked="" type="radio"/> ne
bolesti štitnjače	da	<input checked="" type="radio"/> ne	proljevi	da	<input checked="" type="radio"/> ne
Giht	da	<input checked="" type="radio"/> ne	ulkus - čir	da	<input checked="" type="radio"/> ne
malokrvnost	da	<input checked="" type="radio"/> ne	hemoroidi	da	<input checked="" type="radio"/> ne
alergije	da	<input checked="" type="radio"/> ne	žučni kamenac	da	<input checked="" type="radio"/> ne
duševne bolesti	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti jetre	da	<input checked="" type="radio"/> ne
alkoholizam	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti bubrega	da	<input checked="" type="radio"/> ne
narkomanija	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bubrežni kamenci	da	<input checked="" type="radio"/> ne
epilepsija	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti prostate	da	<input checked="" type="radio"/> ne
poremećaj vida	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti spolovila	da	<input checked="" type="radio"/> ne
poremećaj sluha	da	<input checked="" type="radio"/> ne	bolesti kože	da	<input checked="" type="radio"/> ne
vrtočlavlja	da	<input checked="" type="radio"/> ne	psorijaza	da	<input checked="" type="radio"/> ne
nesvjestica	da	<input checked="" type="radio"/> ne	reumatoidni artritis	da	<input checked="" type="radio"/> ne
Ostale bolesti i ozljede :					

Pojašnjenje pozitivnih odgovora :

Da li si ikada izubio / 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 2023. datum 27. rujna