

UPITNIK
ZA PRVI SISTEMATSKI PREGLED U
J.U. ZAVOD ZA SPORTSKU MEDICINU KANTONA SARAJEVO

Ime i Prezime : _____ Datum rođenja : ____/____/____ god.

Vrsta sportske aktivnosti : _____ Klub : _____

Broj telefona (fiksni ili mob.) : _____

Adresa, Grad i Općina stanovanja : _____

1. Da li uzimate neke lijekove ?	DA / NE
2. Da li uzimate vitamine ili neke dodatke ishrane ?	DA / NE
3. Da li imate neke alergije (na lijekove, ujede insekata, itd.) ?	DA / NE
4. Da li nosite naočale, kontaktne sočiva, zaštitne naočale ili slušna pomagala?	DA / NE
5. Da li ste imali povrede zuba ili vilice?	DA / NE
6. Da li vam je dijagnosticirana astma, gubitak svijesti, dijabetes ili druge hronične bolesti?	DA / NE
7. Da li vam je skoro dijagnosticirana infektivna mononukleoza, hepatitis B ili C, HIV/AIDS, ili neku drugu infektivnu bolest/virusnu infekciju?	DA / NE
7.1. Da li vam je dijagnosticiran koronavirus (COVID-19) ? ukoliko je odgovor DA, navedite datum dijagnosticiranja:	DA / NE
8. Da li ste bili podvrgnuti nekom hirurškom zahvatu?	DA / NE
9. Da li ste imali neku težu mišično-koštanu povredu koja je zahtijevala intervenciju doktora, rendgenskog snimanja ili MRI?	DA / NE
10. Da li ste imali neku sportsku povredu ?	DA / NE
11. Da li ste bili u bolnici/zbog operacije ili nekog drugog razloga ?	DA / NE
12. Da li znaš za neke deformitete (kao što je iskrivljenje leđa) ?	DA / NE
13. Da li znaš za neke ozbiljne bolesti u tvojoj porodici (diabetes, poremećaj krvarenja, itd.) ?	DA / NE
14. Da li si ikad osjećao/la teškoće u disanju, vrtoglavice, slabost tokom ili poslije treninga ?	DA / NE
15. Da li imaš parne funkcionalne organe (oči, bubrege, testise/jajnike)?	DA / NE
16. Da li si ikad imao/la toplotni udar ?	DA / NE
17. Da li si imao/la povredu glave ili gubitak svijesti ?	DA / NE
18. Ima li članova u vašoj porodici koji su umrli a da su bili mlađi od 50 godina (ne nesretnim slučajem)?	DA / NE
19. Da li neko u vašoj porodici boluje od Marfan Sindroma ?	DA / NE
20. Da li ima neko u vašoj porodici da boluje od Tuberkuloze ?	DA / NE
21. Da li ste ikada imali bol u grudima, neko srčano oboljenje/simptome ili šum na srcu (Test: EKG, stres test) ?	DA / NE
22. Imate li nekih zdravstvenih problema o kojim bi ste željeli razgovarati sa doktorom danas ?	DA / NE
23. Da li vam je doktor ikada zabranio sportsku aktivnost ili učestvovanje u nekim sportskim aktivnostima ? (navedi razlog)	DA / NE
24. Da li imate trenutno nekih zdravstvenih problema koji mogu oslabiti vašu fizičku spremu ?	DA / NE
25. Koliko dugo trenirate ? (zaokruži) a) početnik b) 6 mjeseci c) više od godinu dana d) _____	

NAPOMENA: **Za maloljetne popunjavaju roditelji/ staratelji, punoljetni lično!**
Ja ovim potvrđujem da su svi moji odgovori istiniti i tačni!

POTPIS: _____

Datum pregleda: ____/____/20____. godine