

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr.A.Štampar"

Služba za školsku i adolescentnu medicinu

Ambulanta Dugave

Kauzlerićev prilaz 7
10000 Zagreb

Tel: +385 1 6414 020

**Pregled za izdavanje Potvrde školskog liječnika o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij
UPITNIK**

Ime i prezime pristupnika _____

Datum rođenja (dan, mjesec, godina): /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ OIB: _____

Mjesto stalnog boravka (ulica, kućni broj, poštanski broj, mjesto):

E-mail adresa za kontakt: _____

Broj telefona /mob. za kontakt: _____

Naziv završene srednje škole: _____

Razred: _____ Školska godina: _____ / _____ Mjesto/država: _____

Jeste li imali navedene bolesti (zaokružite jedan od ponuđenih odgovora): ospice DA NE, zaušnjake DA NE, rubelu DA NE, vodene kozice DA NE, dječju paralizu DA NE, hripavac DA NE, hepatitis B DA NE, tuberkulozu DA NE

Na sljedeća pitanja odgovarate označavanjem jedan od ponuđenih odgovora DA ili NE uz odgovarajuće pojašnjenje ako je odgovor DA.

Jeste ili imali i/ili imate navedene bolesti, stanja, poremećaje	DA	NE	Ukoliko je odgovor «DA», pojasnite (dijagnozu, boravak u bolnici, liječenje, liječite li se i sada povremeno ili trajno radi navedene bolesti)
Respiratornog sustava (astma, opstruktivni bronhitis)			
Neurološke bolesti (epilepsija, febrilne konvulzije, glavobolje - ponavljajuće ili trajne, cerebralna paraliza)			
Probavnog sustava, trbušnih organa (ulkusnu bolest, hepatitis, ulcerozni kolitis)			
Endokrinog sustava (šećerna bolest, bolesti štitnjače)			
Bolesti srca i krvnih žila (povišeni arterijski tlak, srčane greške, reumatska groznica)			
Sustava za kretanje (kostiju, zglobova (skoliozu, kifoza))			
Mokraćnog i/ili reproduktivnog sustava (upale mokraćnih putova, bubrega, spolnih organa)			
Krvnog sustava (hematološke bolesti, anemije, trombocitopenija, leukemije)			
Psihičke bolesti			
Koža i potkožno tkivo (akne, dermatitisi, ekcemi, alergije)			
Bolesti očiju i/ili vida			
Bolesti ušiju i/ili sluha			
Bolesti tonzila, nosa, vrata			
Alergije (na hranu, lijekove, biljke, životinje ili nešto drugo ako nije prethodno navedeno)			
Veća odstupanja u: tjelesnoj visini, tjelesnoj masi (uključujući značajni gubitak ili porast na tjelesnoj masi u zadnjih šest mjeseci)			
Teškoće u govorno i/ili glasovnoj komunikaciji			
Teškoće pisanja i/ili čitanja i/ili računanja			



Jeste li bili u bolnici na liječenju?

DA NE

Ako «DA», navedite datum, dijagnozu i ishod svakog liječenja: _____

Uzimete li sada neke lijekove ili primete injekcije (druge osim prije navedenih)? DA NE

Ako «DA», koji, navesti razlog uzimanja, dozu i učestalost: _____

Jeste li do sada bili kod neurologa, psihologa, psihijatra ili drugog specijaliste radi neuroloških, emocionalnih, psihičkih ili problema prehrane? DA NE

Ako «DA» pojasnite razloge i liječenje: _____

Jeste li do sada imali ograničenja ili zabrane aktivnosti sudjelovanja u sportu i/ili nastavi tjelesne i zdravstvene kulture?

DA NE

Ako «DA» pojasnite razloge: _____

Navesti za koje studije je potrebna potvrda uz naziv visokog učilišta (sveučilišta, visoke škole, veleučilišta), sastavnice (fakultet, umjetnička akademija) te priložiti obrazac potvrde:

Uz popunjeni upitnik priložiti skenirane dokumente:

1. Iskaznicu cijepljenja (u predškolskoj i školskoj dobi)
2. Rješenje o tjelesnom oštećenju (*ukoliko imate*)
3. Rješenje o primjerenom programu obrazovanja (*ukoliko imate*)
4. Odluku o polaganju ispita državne mature uz prilagodbu ispitne tehnologije (*ukoliko imate*)
5. Medicinsku dokumentaciju o do sada utvrđenim bolestima i poremećajima zdravlja (*recentni nalazi - ukoliko imate*)
6. Obrazac potvrde za studij (preuzeti s mrežnih stranica sastavnice visokog učilišta gdje je objavljen natječaj za upis 2023./24.)

Napomena: školski liječnik ima pravo nakon uvida u upitnik i provedenog pregleda zatražiti od pristupnika dodatne podatke i medicinsku dokumentaciju prije izdavanja potvrde o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij. Potvrda školskog liječnika izdaje se za one studije za koje je u uvjetima natječaja za upis navedeno da je potrebno priložiti potvrdu nadležnog školskog liječnika.

Mjesto: _____

Datum: _____

Potpis pristupnika: _____