ZDRAVSTVENI UPITNIK

OSOBNI PODACI				
PREZIME I IME				
IME OCA/MAJKE				
DATUM ROĐENJA		SPOL	Ž	M
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA				
ADRESA I GRAD NA OSOBNOJ ISKAZNICI				
BR. OSOBNE ISKAZNICE		IZDANA U		
BROJ TELEFONA				
E-MAIL ADRESA				
MBO (BR. ZDRAVSTVENE ISKAZNICE)				
OIB				

PODACI O ZAPOSLENJU			
ZANIMANJE/ZVANJE			
NAZIV RADNOG MJESTA			
NAZIV PODUZEĆA			
STAŽ NA SADAŠNJIM POSLOVIMA		UKUPAN RADNI STAŽ	

BOLOVANJE			
JESTE LI TRENUTNO NA BOLOVANJU	NE	DA	

DA LI JE ITKO U VAŠOJ UŽOJ OBITELJI BOLOVAO OD SLJEDEĆIH BOLESTI (ZAOKRUŽITI)					
KARCINOMI/TUMORI	NE	DA	MOŽDANI UDAR	NE	DA
ŠEĆERNA BOLEST	NE	DA	BOLESTI KRVNIH ŽILA	NE	DA
DUŠEVNE BOLESTI, EPILEPSIJA	NE	DA	BOLESTI ŽIVACA I MIŠIĆA	NE	DA
SRČANE BOLESTI	NE	DA	ALKOHOLIZAM	NE	DA
POVIŠEN TLAK	NE	DA	UMRO MLAĐI OD 50 GODINA	NE	DA
OSTALE BOLESTI	NE	DA			

NOĆNI RAD			
RADITE LI NOĆU?	DA	NE	UKOLIKO JE ODGOVOR DA, MOLIMO ODGOVORITE NA SLIJEDEĆA PITANJA:
KOLIKO GODINA RADITE NOĆU?			
KOLIKO NOĆNIH SMJENA IMATE MJESEČNO?			
IMATE LI ZDRAVSTVENE TEGOBE KOJE SE JAVLJAJU ZA VRIJEME NOĆNOG RADA?			
UKOLIKO IMATE STALNE ILI POVREMENE ZDRAVSTVENE POTEŠKOĆE SMATRATE LI DA MOGU UMANJITI VAŠU SPOSOBNOST ZA NOĆNI RAD?			

NASTAVAK UPITNIKA NA DRUGOJ STRANI

(OKRENITE STRANICU!)

Sukladno članku 6. Uredbe (EU) 2016/679 o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih, Vaše osobne podatke uzimamo isključivo iz razloga kako bi bili u stanju objektivno procijeniti Vaše zdravstveno stanje, odnosno Vašu radnu ili sportsku sposobnost.

ZDRAVSTVENI UPITNIK

ZDRAVSTVENO STANJE (ZAOKRUŽITI)		
IMATE LI SMETNJE VIDA?	NE	DA
NOSITE LI NAOČALE ILI LEĆE?	NE	DA
IMATE LI GLAVOBOLJE?	NE	DA
IMATE LI VRTOGLAVICE?	NE	DA
BOJITE LI SE VISINE?	NE	DA
IMATE LI OSJEĆAJ TRNACA U RUKAMA I NOGAMA?	NE	DA
IMATE LI BOLOVE U LEĐIMA I VRATU?	NE	DA
IMATE LI BOLOVE U ZGLOBOVIMA?	NE	DA
BOLUJETE LI OD EPILEPSIJE?	NE	DA
GUBITE LI ČESTO SVIJEST?	NE	DA
KAŠLJETE LI ČESTO?	NE	DA
BOLUJETE LI OD ASTME ILI KRONIČNOG BRONHITISA?	NE	DA
JESTE LI KAO DIJETE IMALI ČESTE GNOJNE UPALE GRLA?	NE	DA
PATITE LI OD ZADUHE (BRZOG GUBITKA ZRAKA)?	NE	DA
IMATE LI BOLOVE ILI PRITISAK U PRSIMA?	NE	DA
IMATE LI OSJEĆAJ NEPRAVILNOG RADA SRCA?	NE	DA
IMATE LI POVIŠEN KRVNI TLAK?	NE	DA
OTIČU LI VAM NOGE?	NE	DA
IMATE LI BOLOVE U TRBUHU?	NE	DA
IMATE LI PROBLEME SA ZUBIMA?	NE	DA
JESTE LI U POSLIJEDNJE VRIJEME ZNAČAJNO IZGUBILI NA TEŽINI?	NE	DA
BOLUJETE LI OD ŠEĆERNE BOLESTI?	NE	DA
IMATE LI HEMOROIDE?	NE	DA
IMATE LI BRUH (KILU)?	NE	DA
IMATE LI BUBREŽNE ILI ŽUČNE KAMENCE?	NE	DA
IMATE LI ALERGIJU NA LIJEKOVE, HRANU ILI NEKU DRUGU ALERGIJU?	NE	DA
BOLUJETE LI OD KOŽNIH BOLESTI?	NE	DA
JESTE LI IMALI PRIJELOM KOSTI?	NE	DA
JESTE LI IKADA BILI HOSPITALIZIRANI (LEŽALI U BOLNICI)?	NE	DA
AKO DA, ZAŠTO:		
SPAVATE LI DOBRO?	NE	DA
HRČETE LI ILI SE GUŠITE DOK SPAVATE?	NE	DA
PATITE LI OD MANJKA KONCENTRACIJE I STALNOG OSJEĆAJA UMORA?	NE	DA
PUŠITE LI? AKO DA, KOLIKO DNEVNO:	NE	DA
PIJETE LI ALKOHOL? AKO DA, KOLIKO DNEVNO:	NE	DA
KORISTITE LI DROGU?	NE	DA
UZIMATE LI REDOVITO ILI POVREMENO LIJEKOVE?	NE	DA
AKO DA, NAVESTI KOJE:		

APETIT	normalan	☐	pojačan	☐	
MOKRENJE	normalno	☐	učestalo	☐	Morate li ići mokriti noću? ☐
STOLICA	normalna	☐	neredovita	☐	

_____

POTPIS

U _____dana_____

Sukladno članku 6. Uredbe (EU) 2016/679 o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih, Vaše osobne podatke uzimamo isključivo iz razloga kako bi bili u stanju objektivno procijeniti Vaše zdravstveno stanje, odnosno Vašu radnu ili sportsku sposobnost.