

## UPITNIK TEMELJEM KOJE SE IZDAJE:

### Potvrda školskog liječnika o zdravstvenim i psihofizičkim sposobnostima za studij

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 za kontakt: \_\_\_\_\_

Naziv završene srednje škole: \_\_\_\_\_

Razred: \_\_\_\_\_ Školska godina: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mjesto/država: \_\_\_\_\_

Naziv fakulteta (za pristupnike koji su do sada studirali): \_\_\_\_\_

Akadska 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 li 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, kifozu)			
Mokračnog 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: \_\_\_\_\_

Uzimate 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 2020./21.)

*Napomena: školski liječnik ima pravo zatražiti od pristupnika dodatne podatke i medicinsku dokumentaciju te izvršiti pregled 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: \_\_\_\_\_