**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*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Akademska 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, kifozu) |  |  |  |
| 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uzimate li sada neke lijekove ili primate 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 dokumentacija 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_