|  |  |
| --- | --- |
|  | **HRVATSKI KICKBOXING SAVEZ**Natjecateljsko - regsiracijski odborZdravstveni odbor**MEDICINSKI UPITNIK****ZA PROCJENU RIZIKA OD ZARAZE SARS-COV-2 (COVID-19)** |

KICKBOXING KLUB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime, godina rođenja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Izmjerena temperatura prilikom registracije / kontrolnog vaganja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oC**

**Molimo čitko popuniti / zaokružiti odgovore na sljedeća pitanja:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Jeste li u zadnjih 14 dana boravili izvan Hrvatske | DA | NE |
| 1.1. | Ako je odgovor DA, nevedite gdje: |
| 2. | Jeste li u zadnjih 14 dana bili u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena infekcija virusa COVID-19 | DA | NE |
| 3. | Jeste li u zadnjih 14 dana bili u kontaktu s osobom kojoj je propisana mjera samoizolacije zbog moguće infekcije virusom COVID-19 | DA | NE |
| 4. | Je li vam propisana mjera samoizolacije | DA | NE |
| 5. | Jeste li u zadnjih 14 dana uzimali lijekove protiv bolova, za snižavanje temperature ili antibiotik | DA | NE |
| 5.1. | Ako je odgovor DA, navedite koji lijek i kada: |

6. Jeste li u zadnjih 14 dana imali neki od sljedećih simptoma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.1. | Povišena tjelesna temperatura (37,2 oC ili više) | DA | NE |
| 6.2. | Suhi kašalj | DA | NE |
| 6.3. | Poteškoće s disanjem | DA | NE |
| 6.4. | Gubitak osjeta njiha i okusa | DA | NE |
| 6.4. | Opća slabost | DA | NE |
| 6.5 | Bolovi u mišićima i zgobovima | DA | NE |
| 6.6 | Glavobolja | DA | NE |
| 6.7. | Grlobolja | DA | NE |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum i vrijeme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Napomena:*** *Popunjava svaki sudionik Prvenstva Hrvatske u kickboxingu, a popunjeni i potpisani obrazac predaje Natjecateljsko - registracijskom odboru HKBS-a prilikom registracije za natjecanja*