

**UPITNIK TEMELJEM KOJEG 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:** \_\_\_\_\_

**Naziv završene srednje**

**škole:** \_\_\_\_\_

**Razred:** \_\_\_\_\_ **Školska godina:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Mjesto/država:** \_\_\_\_\_

**Naziv fakulteta** (ukoliko je pristupnik već studirao):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

<b>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</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>Ukoliko je odgovor «DA», pojasnite (dijagnozu, boravak u bolnici, liječenje, liječite li se i sada povremeno ili trajno radi navedene bolesti</b>
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:

---



---



---

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:

---

---

---

**Naveći 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 dokumente:**

1. Presliku iskaznice 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 nadležnog školskog liječnika za studij veterinarske medicine na Veterinarskom fakultetu

Sveučilišta u Zagrebu (preuzeti s mrežnih stranica sastavnice visokog učilišta gdje je objavljen natječaj za upis 2025./26.)

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