



Spoštovani starši!

Vljudno vas prosimo za odgovore na spodnja vprašanja, ki so povezana z zdravstvenim stanjem vašega otroka. Podatki bodo uporabljeni za boljšo oceno zdravstvenega stanja vašega otroka ob zdravniškem pregledu v okviru NK Dren Vrhniko. Vprašalnik bo na vpogled trenerju otroka in zdravniku, ki bo otroka pregledal.

**Ime in priimek otroka:** \_\_\_\_\_

**Datum rojstva otroka:** \_\_\_\_\_ **Telesna teža:** \_\_\_\_\_ **kg** **Telesna višina:** \_\_\_\_\_ **cm**

**Ali ima vaš otrok znano kronično bolezen ali drugo zdravstveno težavo** (npr. astmo, motnjo srčnega ritma, prirojeno srčno napako, epilepsijo, sladkorno bolezen, razvojno motnjo ipd.)?

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Katero kronično oz. drugo zdravstveno težavo ima vaš otrok?**

\_\_\_\_\_  
**Ali je bil kdaj operiran?**

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Kdaj (leto operacije) in kaj je bil operiran?**

\_\_\_\_\_  
**Ali vaš otrok redno prejema kakršnakoli zdravila?**

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Katera zdravila redno prejema?**

\_\_\_\_\_  
**Ali ima znano alergijo ali sum na alergijo (zdravila, hrana, piki insektov, prah ipd.)?**

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Katero alergijo oz. sum na alergijo ima vaš otrok?**

\_\_\_\_\_  
**Ali je bil kdaj huje poškodovan** (poškodbe glave, zlomi, zvini ali izpahi ipd.)?

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Kaj je imel poškodovano?**

\_\_\_\_\_  
**Ali je bil v zadnjem času obravnavan zaradi nepojasnjenih težav z zdravjem** (težko dihanje, razbijanje srca, motnje zavesti ali ravnotežja, krči, pretirana žeja, bolečine v kosteh in sklepih, motnje vida ipd.)?

**DA NE**

Če ste obkrožili odgovor **DA: Zaradi katerih težav je bil obravnavan?**

\_\_\_\_\_  
Najlepša hvala za vaš čas in sodelovanje.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Ime in priimek starša: \_\_\_\_\_

Podpis starša: \_\_\_\_\_