

Ispunjeni obrazac poslati mailom na adresu mirela.fazlic@zzizpgz.hr najkasnije 2 dana prije pregleda.

Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)

Opći podaci:

Ime i prezime djeteta : _____ Spol M / Ž

Datum i mjesto rođenja : _____

OIB : _____

Adresa stanovanja : _____

Ime i prezime oca _____ god.rođenja _____

Ime i prezime majke _____ god.rođenja _____

Zanimanje oca _____

Stručna sprema : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Zanimanje majke _____

Stručna sprema majke : OŠ, SŠ, Više i visoko obrazovanje, Doktorat (zaokružiti)

Bračno stanje roditelja _____

Dijete živi s : oba roditelja ili _____

Da li netko u obitelji (do djedova i baka djeteta) boluje od nekih kroničnih bolesti (zaokružiti):

Ne

Da – navesti tko i od koje bolesti:

Kontakt roditelja: telefon _____ e-mail _____

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ _____

Iz anamneze:

Prvi zubići s ____ mj. Sjedi s ____ mj. | Prve riječi s ____ mj. | Prohodalo s ____ mj.

Prestalo koristiti pelene s _____mj. | Pohađa vrtić ____ god. /nije pohađalo vrtić

Prehrana: dnevno mlijeka ___ ml , kuhanih obroka/dan___,mesni obroci/tjedan___

Boluje li dijete od kroničnih bolesti? Ne/ Da _____

Uzima li dijete neku terapiju? Ne/Da _____

Ima li dijete alergije? Ne/ Da _____

Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.? Ako da, navedite godinu .

Vodene kozice (Varicella) Ne/Da _____

Šarlah Ne/Da _____

Difterija Ne/Da _____

Infektivna mononukleozna Ne /Da _____

Tuberkuloza Ne /Da _____

Ospice Ne /Da _____

Rubeola Ne /Da _____

Zaušnjaci Ne /Da _____

Hepatitis Ne/Da _____

Dijete upućivano: logopedu NE/DA
psihologu NE/DA
specijalistički pregled NE/DA, kojem specijalisti? _____

Aktivnosti: glazba: DA/Ne šport: DA/NE jezici: DA/NE

Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? _____

Datum ispunjavanja _____ Potpis roditelja: _____