

\_\_\_\_\_  
(IME I PREZIME DIJETETA)

OIB: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(DATUM I MJESTO ROĐENJA, TE OIB)

\_\_\_\_\_  
(ADRESA STANOVANJA)

\_\_\_\_\_  
(DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)

\_\_\_\_\_  
(ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)

Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka, molimo Vas da na pregled ponese medicinsku dokumentaciju: zdravstvenu iskaznicu, karton pedijatra (osim upisanih kod Dr. Kevrić), potvrdu stomatologa (ZUBNU PUTOVNICU), iskaznicu imunizacije (kartončić cijepljenja), te ovu ANKETU i IZJAVU (za covid) s popunjenim podacima.

Iznimno je važno pripremiti dijete za pregled i cijepljenje na koje dijete u toj dobi nije naviklo.

Naš tim (liječnik i med.sestra/tehničar) će se prijateljskim pristupom i blagom riječju nastojati približiti svakom djetetu te otkloniti eventualne nesigurnosti.

**Ime i prezime oca:** \_\_\_\_\_

**God. rođenja:** \_\_\_\_\_

**Zanimanje oca:** \_\_\_\_\_

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

Status zaposlenja: \_\_\_\_\_

Radno mjesto: \_\_\_\_\_

**Ime i prezime majke:** \_\_\_\_\_

**God. rođenja:** \_\_\_\_\_

**Zanimanje majke:** \_\_\_\_\_

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

Status zaposlenja: \_\_\_\_\_

Radno mjesto: \_\_\_\_\_

**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/mob. - **OBAVEZNO**

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

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

**e-mail:** \_\_\_\_\_

Porođajna težina: \_\_\_\_\_ grama

Porođajna dužina: \_\_\_\_\_ cm

Apgar ocjena: \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dijete/tu je:**

Niknuo prvi zubić s \_\_\_\_\_ mjeseci

Počelo sjediti s \_\_\_\_\_ mjeseci

Prohodalo s \_\_\_\_\_ mjeseci

Reklo prvu riječ s \_\_\_\_\_ mjeseci

Reklo prvu rečenicu s \_\_\_\_\_ mjeseci

Izgovor pravilan DA / NE

Dijete upućivano psihologu DA/ NE ; logopedu DA/NE

Poteškoće: \_\_\_\_\_

Uspostavilo kontrolu mokrenja s \_\_\_\_\_ mjeseci

Uspostavilo kontrolu stolice s \_\_\_\_\_ mjeseci

Dijete pohađalo vrtić: DA / NE

Redovito DA / NE koliko godina \_\_\_\_\_

Dijete pohađalo malu školu: DA / NE

**Prehrambene navike:**

Dnevno mlijeka (dcl) \_\_\_\_\_

Kuhanih obroka dnevno \_\_\_\_\_

Hladnih obroka dnevno \_\_\_\_\_

Mesnih obroka tjedno \_\_\_\_\_ ribe(tj) \_\_\_\_\_

Nepodnošenje hrane (koje) \_\_\_\_\_

**Aktivnosti u predškolskoj dobi (sport, glazba...):**

\_\_\_\_\_

**Potpis roditelja:** \_\_\_\_\_

**Je li dijete prebolilo neku od ovih zaraznih bolesti.?**

(zaokruži)

Vodne kozice Ne/Da

Šarlah Ne/Da

Difterija Ne/Da

Mononukleoza Ne /Da

Tuberkuloza Ne /Da

Ospice Ne /Da

Rubeola Ne /Da

Zaušnjaci Ne /Da

Hepatitis Ne/Da

Ima li dijete alergije?

Ne/Da \_\_\_\_\_

**ZDRAVSTVENI PREGLED UKLJUČUJE:**

\***otvaranje osobnog zdravstvenog kartona** (koji prati dijete do kraja školovanja, a u koji se upisuju sistematski pregledi, skriningi i cijepljenja prema važećem kalendaru cijepljenja)

\***mjerjenje tjelesne težine i visine**

\***kontrolu oštine vida i vida na boje**

\***detaljan klinički pregled** uz obavezan pregled vanjskog spolovila

\***procjenu razvoja grafomotorike, percepcije i psihičkog razvoja**

\***orijentacijsku procjenu emocionalne zrelosti djeteta te ocjenu razvoja govora**

\***daljnji pregled kod potrebnog specijalista** (prema potrebi i utvrđenoj indikaciji)

\***docjepljivanje djece prema kalendaru cijepljenja: cjepivo protiv ospica-rubeole-zaušnjaka (MMR) pri pregledu, a tijekom prvog razreda drugo cjepivo protiv dječje paralize (IPV)**