
(IME I PREZIME DIJETETA)

OIB: _____

(DATUM I MJESTO ROĐENJA, TE OIB)

(ADRESA STANOVANJA)

(DATUM I VRIJEME ZDRAVSTVENOG PREGLEDA)

(ŠKOLA KOJU ĆE DIJETE POHAĐATI)

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: _____

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

Vodne kozice Ne/Da

Šarlah Ne/Da

Difterija Ne/Da

Mononukleoz a Ne /Da

Tuberkuloza Ne /Da

Ospice Ne /Da

Rubeola Ne /Da

Zaušnjaci Ne /Da

Hepatitis Ne/Da

Ima li dijete alergije?

Ne/Da _____

Kako bi nam olakšali i ubrzali unos potrebnih podataka,
molimo Vas da na pregled donesete **medicinsku
dokumentaciju: zdravstvenu iskaznicu , KARTON
PEDIJATRA (osim upisanih kod Dr. Kevrić),NALAZE
specijalista (ako dijete boluje od neke bolesti), potvrdu
stomatologa (ZUBNU PUTOVNICU), ISKAZNICU
IMUNIZACIJE (kartončić cijepljenja), te ovu ANKETU.**

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.

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: _____

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)**