NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO BRODSKO – POSAVSKE ŽUPANIJE

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU I ADOLESCENTNU MEDICINU

TEL: 035 361 420 , email: [skolska6@zzjzbpz.hr](mailto:skolska6@zzjzbpz.hr)

ADRESA : M.GUPCA 40B , NOVA GRADIŠKA

DR.KIŠ KLOUDA, SR.KEREKOVIĆ

**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

**Opći podaci:**

Ime i prezime djeteta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spol M / Ž

Datum i mjesto rođenja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Adresa stanovanja : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, god.rođenja \_\_\_\_\_\_

Zanimanje oca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Boluje li od kakvih težih i/ili kroničnih bolesti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pušenje : DA NE cig./dan : \_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime majke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, god.rođenja \_\_\_\_\_\_

Zanimanje majke\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Boluje li od kakvih težih i/ili kroničnih bolesti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pušenje : DA NE cig./dan : \_\_\_\_\_\_\_\_

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):

DA NE , kojih : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Škola u koju se dijete upisuje: OŠ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Iz anamneze:**

Trudnoća , koja po redu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, uredna : DA NE , komplikacije u trudnoći, lijekovi i sl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porod : VAGINALNI CARSKI ; u kojem tjednu trudnoće : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APGAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RD: \_\_\_\_\_\_\_ cm , RM : \_\_\_\_\_\_\_\_ g

Komplikacije pri porodu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Komplikacije u prvom mjesecu djetetova života : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prvi zubići s \_\_\_ mj. Sjedi s \_\_\_\_ mj. **|** Prve riječi s \_\_\_ mj. **|** Prohodalo s \_\_\_\_ mj.

Prestalo koristiti pelene s \_\_\_\_\_\_mj. **|** Noćno mokrenje : DA NE

Pohađa vrtić \_\_\_ god. /nije pohađalo vrtić

Poteškoće u prilagodbi na 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 , Koje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 mononukleoza 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?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imate i kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum ispunjavanja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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