Poštovani roditelji, kako bismo Vaš dolazak u školsku ambulantu učinili što ugodnijim, a vrijeme provedeno kod nas što kraće ali i učinkovito iskorišteno, molimo Vas da nam ispunite ovaj obrazac te pošaljete prije pregleda na mail:

**skolska.zamet1@zzjzpgz.hr**

**Podaci o djetetu (ispunjava roditelj)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum kada ste pozvani na pregled:** | | |  | | | **Škola u koju se dijete upisuje:** | | | | |  | |
| **Opći podaci:** | | | | | | | | | | | | |
| **Ime i prezime djeteta :** | | | | | | **Spol**:  M / Ž | | | | | | |
| **Datum i mjesto rođenja :** | | | | | | | **OIB :** | | | | | |
| **Adresa stanovanja :** | | |  | | | | | | | | | |
| **Ime i prezime oca** | | |  | | | **god.rođenja** | | | | |  | |
| **Zanimanje oca** |  | | | | | **Stručna sprema**  **oca :** | | | | | OŠ  SŠ  Viša  Visoka  Doktorat | |
| **Ime i prezime majke** | | |  | | | **god.rođenja** | | | | |  | |
| **Zanimanje majke** | |  | | | | **Stručna sprema majke :** | | | | | OŠ  SŠ  Viša  Visoka  Doktorat | |
| **Bračno stanje roditelja:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **Dijete živi s :** | | * oba roditelja * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Kontakt roditelja, telefon:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | **e-mail**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Boluje li netko i obitelji ( do djedova i baka djeteta) od nekih kroničnih bolesti?** | | | | | | * Ne * Da (navesti tko i od koje bolesti)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Razvoj** | | | | | | | | | | | | |
| **Rođen :**   * U terminu * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Porođajna težina:\_\_\_\_\_** | | | **Porođajna dužina:\_\_\_\_\_** | | | | | **APGAR:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **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\_\_\_\_ | | |
| **Bolesti:** | | | | | | | | | | | | |
| **Boluje li dijete od kroničnih bolesti?** | | | | |  | | | | | | | |
| **Uzima li dijete neku terapiju?** | | | | |  | | | | | | | |
| **Ima li dijete alergije?** | | | | |  | | | | | | | |
| **Je li dijete preboljelo neku od ovih zaraznih bolesti.?**  **Ako da, navedite godinu .** | | | **Vodene kozice** Ne/Da | | | **Šarlah**  Ne/Da | | | | | **Difterija**  Ne/Da | |
| **Infektivna mononukleoza** Ne /Da | | | **Tuberkuloza**  Ne /Da | | | | | **Hepatitis**  Ne/Da | |
| **Rubeola**  Ne /Da | | | **Zaušnjaci**  Ne /Da | | | | | **Ospice**  Ne /Da | |
| **Je li dijete upućivano:** | | | **Logopedu** | | | | | | Ne/Da | | | |
| **Psihologu** | | | | | | Ne/Da | | | |
| **Neki drugi specijalistički pregled** | | | | | | Ne/Da | | | |

**Imate li kakvu napomenu o funkcioniranju Vašeg djeteta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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