

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 • _____	Porodajna težina: _____	Porodajna 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 .	Vodne 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 _____